

小児訪問診療申込書

はなふさ歯科医院 訪問部

☎0120-13-8723 FAX:086-265-9226

記入日 年 月 日 記入者氏名() 続柄()

受診者	フリガナ					性別	昭和・平成・令和				
	氏名					男・女	生年月日	年 月 日 (歳)			
	住所	〒									
保護者	フリガナ					続柄	(繋がりやすい電話番号をお願いします。)				
	氏名						電話番号				
訪問先	自宅 ・ 病院・施設 ⇒ (病院・施設名 ・ 階 号室)										
主訴											
診療可能な曜日・時間	月	火	水	木	金	※考慮する時間帯等あれば、ご記入下さい。					
	AM	AM	AM	AM	AM						
	PM	PM	PM	PM	PM						
通院困難な理由											
保険種類	国保家族 ・ 社保家族 ・ 乳幼児医療 ・ 子ども医療 ・ 障害 ・ ひとり親 ・ その他()										
ソーシャルワーカー(ケアマネージャー)	事業所名					氏名			連絡先()	-	
集金方法	<input type="checkbox"/> 郵便局振込 <input type="checkbox"/> はなふさ歯科窓口に持参 <input type="checkbox"/> 診察時に自宅で集金 <input type="checkbox"/> 施設に集金										
請求書送付先	上記住所 ・ その他 ⇒ (送付先記入 :〒)										
現病歴 (現在治療中の病気)						既往歴 (過去にかかった病気)					
感染症	なし ・ あり ⇒ ()					アレルギー	なし ・ あり ⇒ ()				
服薬状況 (薬剤名)							禁忌				
かかりつけ医院	() 科					担当医			連絡先()	-	
かかりつけ訪問看護ステーション						担当者			連絡先()	-	
医療的ケア	気管切開 ・ 酸素投与 ・ 人工呼吸器 ・ 吸引 ・ 経管栄養										
肺炎の既往	なし ・ あり ・ 繰り返しあり					窒息の経験	なし ・ あり ・ 繰り返しあり				
食事形態	経口 又は 哺乳 ・ 経口 と 経管栄養併用 ・ 経管栄養のみ										
	経管栄養の場合 ⇒ 経鼻胃管 ・ ED(腸管)チューブ ・ 胃瘻 ・ 腸瘻 ・ 口腔ネラトン										
開口保持	可能 ・ 困難 ・ 不可能					座位保持	可能 ・ 介助 ・ 不可能				

電話受付時間 : 月~金 9:00~17:00(11:45~13:00は留守番電話になります)

お持ちの保険証を申し込み時にFAXをお願い致します。