

小児訪問診療申込書  
はなふさこどもデンタルクリニック

TEL:086-265-2050 FAX:086-265-2057

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	水			※考慮する時間帯等あれば、ご記入下さい。
	AM	AM			
	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"/> はなふさこどもデンタルクリニック窓口に持参 <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・火・水・金 9:00~17:00 (12:00~14:00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。