

シーティング外来受付票

◎予約枠について
完全予約制となっております。
予約可能な曜日は、毎週月曜日、午前中のみとなっております。

【基本情報】			
解る範囲でお答え下さい	①	氏名(カナ) 氏名(漢字)	② 性別 男
	③	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ④ 年齢 歳
	⑤	連絡先(自宅)	
	⑤	連絡先(携帯)	
	⑥	主病名	
	⑦	診断を受けた医療機関名	
	⑧	現在通院中医療機関名	
	⑨	身体障害者手帳の障害名	
	⑨	解る範囲でお答え下さい→	身体障害者手帳 ____種 ____級 上肢 ____級 / 下肢 ____級 / 体幹 ____級 / その他 ____級
	⑩	介護保険	要支援 ____ ・ 要介護 ____ ・ なし
【車椅子について】			
今回の受診理由・作製希望についてお答え下さい。			
⑪	新規作成 ・ 修理 ・ その他 ←あてはまるものに○をつけて下さい。		
その他の場合：			
現在使用中の車椅子がある方は下記についてお答え下さい。			
⑫	現在使用中の車椅子は、いつ頃作製されたものですか？	_____ 年頃	
⑫	現在使用されている車椅子の種類は何ですか？(複数回答可)	手動 ・ 電動 ・ バギー	
⑫	現在使用されている車椅子を作製された業者はどこですか？		
⑬	上記⑪にて新規作成の方はお答え下さい。		
⑬	今回新たに作製するにあたり、希望の業者はありますか？		

医療機関記入欄	⑭	申込者	本人 ・ その他 (_____)
	⑮	予約日時	_____ 年 _____ 月 _____ 日 (月) _____ :
	⑯	紹介状の有無	有 ・ 無 (有の場合→ _____)
	⑰	備考欄	
	⑱	受付者	