

シーティング外来受付票

1 / 1

フリガナ
患者氏名： _____

生年月日： _____

ご連絡先： _____

お申し込み者： ご本人 ・ (_____)

□問診 1

質問項目	
1. 受診理由・作製希望についてお答えください。	<input type="checkbox"/> 新規作成 <input type="checkbox"/> 修理 <input type="checkbox"/> その他 (_____)
(上記にて新規作成の方) 新たに作製するにあたり、希望の業者はありますか。	<input type="checkbox"/> ある (業者名： _____) <input type="checkbox"/> なし
2. 身体障害者手帳	_____種 _____級 上肢 _____級 / 下肢 _____級 / 体幹 _____級 / その他 _____級
3. 介護保険	要支援 _____ ・ 要介護 _____ ・ なし
4. 主病名	
5. 診断を受けた医療機関名	
6. 現在通院中の医療機関名	
現在使用されている車椅子がある方は、下記についてお答えください。	
7. 現在使用されている車椅子は、いつ頃作製されたものですか。	_____年頃
8. 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)	<input type="checkbox"/> 手動 <input type="checkbox"/> 電動 <input type="checkbox"/> バギー
9. 現在使用されている車椅子を作製された業者はどちらですか。	業者名： _____

□外来受診当日の持ち物など

説明項目	チェック欄
身体障害者手帳、介護保険証（お持ちの方）を必ずお持ちください。	<input type="checkbox"/>
紹介状がある場合はお持ちください。	<input type="checkbox"/>
希望業者があれば同席されるよう、ご自身で調整をお願いします。	<input type="checkbox"/>