

受付票

記入日 令和 年 月 日

ご本人様について

ふりがな		生年月日	T・S・H・R 年 月 日	歳	男・女
氏名		自宅番号			
		携帯番号			
住所	〒				
職業 ・ 作業所	勤務先・作業所名				
	勤務・作業所先 電話番号				

ご本人以外の連絡先

ふりがな		続柄			
氏名		自宅番号			
		携帯番号			
住所	〒				

上記以外の連絡先、あるいはお電話させていただく際に配慮すべきことがありましたら下の欄にご記入ください。
(検査の結果などによっては、急いで再検査や他の医院を受診していただくようご連絡させていただく場合がございますので、ご了承ください。)

--

★自立支援制度

() 知っていて利用している () 知っているが利用していない () 知らない

★各種手帳制度など

- ・身体障害者手帳 () あり () なし ・愛の手帳(療養手帳) () あり () なし
・精神障害者保健福祉手帳 () あり () なし ・障害年金 () あり () なし
・指定難病医療費助成制度 () あり () なし

★利用している薬局名

薬局名：

電話：

★運転免許

() 持っていない () 持っているが運転はしていない () 持っていて運転している

★骨折治療のボルトなど、お体に金属が入っていますか？

() 入っている _____ () なし () 不明

