

# 申込書・問診票

個人  施設 事業所名 \_\_\_\_\_ お申込日：令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

フリガナ				生年月日
患者名				明大昭平 年 月 日( 歳)
ご家族のお名前	( 続柄 )			診療の申し込みをいたします。
住所	〒 _____			駐車(可・不可)
電話番号	( ) _____	FAX	( ) _____	
主訴	例)眼がかすむ			
既往歴	糖尿病(有・無) / ヘモグロビンA1C( ) 認知症(無・軽度・中度・重度) / 高血圧(無・有・治療中) 腎臓透析(有・無) / その他( )			

●使用中の点眼薬はございますか?  
 ない ・ ある 薬品名( )

●上記以外に現在治療を受けている病気はありませんか?  
 ない ・ ある 病名( )

●今までに眼の病気をされたことがありますか?  
 ない ・ ある 病名( )

通院困難な理由: \_\_\_\_\_ お身体が不自由になった時期 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃  
 その際の病名( )

身体状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 要車いす <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 寝たきり	<input type="checkbox"/> 眼鏡(有・無)
	会話理解度 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 指示入らず	<input type="checkbox"/> 難聴(有・無・超難)

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認知症の日常生活自立度	I・II・IIa・IIb・III・IIIa・IIIb・IV・M 該当なし

※施設入所されている方で代理の方が記入する場合は、患者ご本人(ご家族)の了承を得た上で申込ご記入下さい。

上記内容にて眼科往診の申込をいたします。 施設名 \_\_\_\_\_

患者代理人 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 担当者名 \_\_\_\_\_

お手数ですが、患者様のご了承を得られた上で、上記項目にご記入いただき【保険証写し】と共にメール添付にてお送りください。(病歴はお分かりになる範囲で結構です。)

さわやか訪問眼科クリニック  
 info@houmon-ganka.com