

《往診眼科申込書及び問診表》

居宅 施設 事業所名:

お申込日:平成 28年 月 日

フリガナ			生年月日
患者名	男・女		明・大 年 月 日()歳 昭・平
住所	ご家族のお名前 (続柄)		☆往診診療の申込みをいたします。
	〒 -		駐車(可・不可)
電話番号	() -	FAX	() -

主訴	(例) 眼がかすむ
既往歴	糖尿病 (無・有) / 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 (無・有) / 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 (・あり ・なし)
	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 (・あり ・なし ・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】 平成28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】と下記までFAXにてご送信願います。
(病歴はお分かりになる範囲で結構です。)

往申第2号

医療法人社団安寿厚生会
安寿眼科クリニック

東京都新宿区西新宿6-26-11 成子坂ハイツ805

◆ FAX番号 03-6279-4233 ◆

