

# 《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 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 ( )		
<p>★ 使用中の点眼薬はございますか? ない ・ ある 薬品名 ( )</p> <p>★ 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 ( )</p> <p>★ 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 ( )</p>			
☆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)
	<input type="checkbox"/> 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 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

高齢者の目を守る

## アイみらいクリニック眼科

東京都豊島区池袋2-59-2 クレール池袋404

◆ FAX番号 03-6812-1885 ◆

# 訪問診療同意書

アイみらいクリニック眼科  
訪問診療部  
〒171-0014  
豊島区池袋 2-59-2  
クレール池袋 404  
TEL 03-6812-1880

訪問診療および訪問診療計画の内容について説明を受け、居宅での療養を行っていただくことに同意いたします。また、連携医療機関、訪問看護ステーション、介護サービスに私の情報を提供することにも同意いたします。

平成 年 月 日

施設名称： \_\_\_\_\_

患者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

家族氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※患者ご本人がサインできない場合は、家族氏名欄にご記入ください。