≪往診眼科申込書及び問診票≫

☐ 居宅　☐ 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	男 ・ 女	明・大 昭・平・令	年　月　日(　　)歳
住所	ご家族のお名前　（続柄） 〒　－ 駐車（ 可 ・ 不可 ）	☆往診診療の申込みをいたします。	
電話番号①	（　　）　－	電話番号②	（　　）　－
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　　月ごろ

その際の病名（　　）

身体状況	☐ 自立歩行可	☐ 要車いす	☐ 歩行器	☐寝たきり	☐ 眼鏡　ある　・　ない
	会話理解度　☐ 良好	☐ 困難	☐指示入らず		☐ 難聴　（ あり ・ なし ・ 超難 ）

医療保険	☐ 国保　☐ 社保　☐ 後期高齢者　☐ 生保　☐ その他　☐ 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ください）

◆上記内容にて眼科往診の申込をいたします。

【患者代理人】　令和　　年　　月　　日

施設名：

担当者名：

往申第2号

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】と同意書とともに下記まで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。）

医療法人社団　さくら慈愛会
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。

令和　　年　　月　　日

施設名称:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

患者氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

家族氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

※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。