

# 《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)			☆往診診療の申込みをいたします。	
	〒 -			駐車(可・不可)	
電話番号①	( ) -	電話番号②	( ) -		
★必須★ 書類送付先住所	〒 -		★必須★ 書類送付先でかつ連絡可能な方のお名前		
			★必須★ 連絡可能な電話番号	★必須★ 連絡可能な 携帯電話番号	
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？</p> <p>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？</p> <p>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？</p> <p>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 月ごろ		
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 ある ・ ない	
	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ください)					
◆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。)

往申第2号

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◆

## 個人情報の利用に関する同意書

アイみらいクリニック眼科では、患者様の個人情報について以下の目的のために利用させていただきますことがあります。個人情報の取扱いにおいて、十分にご理解いただいたうえで以下の内容にご同意いただける場合は、本書に署名のうえ、ご返送ください。

### 1. 当院での利用

- ①患者様への医療サービスの提供
- ②患者様に提供した医療サービスに関する医療保険事務
- ③その他患者様に関する管理運営業務

### 2. 他の事業者等への情報提供を伴う利用

- ①他の医療機関との連携
- ②他の医療機関からの照会への回答
- ③患者様の診察等に当たり、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ④業務委託提携を結んでいる株式会社ケア21メディカルサポートへの提供
- ⑤患者様の家族等への病状説明
- ⑥審査支払機関へのレセプト(診療報酬明細書)の提出
- ⑦審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ⑧事業所等からの委託を受けて健康診断等を行った場合における、事業所等へのその結果の通知
- ⑨医療賠償責任保険等に係る、医療に関する専門団体等への相談又は届出等
- ⑩その他患者様への医療保険事務に関する利用

### 3. 個人情報の管理について

- ・お預かりした個人情報は、厳重に管理、保護し法令に基づく場合を除き、患者様の同意なく第三者に提供されることはありません。
- ・患者様はいつでも同意の撤回が可能です。その場合は、下記までご連絡ください。

私は、上記の個人情報の利用に関する内容を理解し、同意します。

令和 年 月 日

受診者氏名: \_\_\_\_\_

記入者 : ご本人 ご家族様 代筆者

氏名: \_\_\_\_\_ 続柄( )

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  
電話:03-6812-1880