

《往診眼科申込書及び問診票》

施設名： _____ お申込日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

ふりがな		性別	生年月日	
患者名		男・女	明治・大正 昭和・平成	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ - _____			駐車場 (あり・なし)
TEL	(_____) - _____	FAX	(_____) - _____	
ご家族氏名	(続柄 _____) 連絡先(_____) - _____			
主訴	例・右眼) 目ヤニが多い			
既往歴	<input type="checkbox"/> 糖尿病【ヘモグロビンA1c (_____) 血糖値 (_____) <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 認知症 (軽度 中度 重度) <input type="checkbox"/> 腎臓病 (人工透析 あり なし) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	*使用中の目薬・のみ薬はありますか? (ある ・ ない) 薬の名前 (_____) *上記以外に、治療中の病気はありますか? (ある ・ ない) 病名 (_____) *今までに眼の病気をされたことがありますか? (ある ・ ない) 病名 (_____) *薬に対するアレルギーはありますか? (ある ・ ない) 薬の名前 (_____)			
通院困難の理由	(例 : 歩行困難)			
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器難 <input type="checkbox"/> 寝たきり	眼鏡使用	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
会話理解度	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 困難	難聴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 超難	
医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害			

◆◆ 個別に訪問診療をご希望される場合 ◆◆

診療費は後日請求いたします。指定窓口へお振込みください(振込手数料は利用者様のご負担)。
 また、訪問診療における車代は利用者様の負担になります。当院では1回2000円を申し受けます。
診療費申し込みについて了承しました。 車代について了解いたしました。

上記内容について眼科訪問診療を申し込み(依頼)いたします

【代理の方が記入する場合は、患者ご本人(ご家族)の了承を得られた上で申込ご記入ください。】

◆ 訪問内科

施設名

ご担当医師

先生

◆ 申し込み者

ご本人

印

ご家族施設

施設名

上記項目をご記入いただき【保険証写し】と共にFAXにて送信お願いいたします。

★ 電話・FAX番号 03-3226-4024 ★

K clinic

〒160-0022 東京都新宿区新宿5-6-2 神谷ビル402