

《眼科往診・訪問診療申込書及び問診表》

個人 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 | 年 月 日 () 歳 |
| 住所 | ご家族のお名前 (続柄) | | ☆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> | | | | |
| <p>☆通院困難な理由: お身体が不自由になった時期 年 月頃</p> <p>その際の病名 ()</p> | | | | |
| 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。 | | | | |
| 【患者代理人】 令和 年 月 日 | | | 施設名: _____ | |
| | | | 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

高齢者の見えるを守る

のぞみアイクリニック

〒274-0805 千葉県船橋市二和東6-16-4京勇ビル1F

◆ FAX番号 047-401-1109 ◆

往診/訪問診療同意書

のぞみアイクリニック

〒274-0805

千葉県船橋市二和東6-16-4

京勇ビル1F

TEL 047-401-1189

眼科往診/訪問診療の内容について説明を受け、診療を受ける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 _____ (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。