



眼科訪問診療 申込同意書及び問診票



044-777-2528 FAX 送信先

申込日： 年 月 日

他科の診察を受けていますか？ はい いいえ

それは訪問診療ですか？ はい いいえ (科目) 科

訪問薬局 あり なし

① 患者様ご本人について

フリガナ					
患者様名					
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月	日	(歳) 男・女
保険種類	<input type="checkbox"/> 国保	<input type="checkbox"/> 社保	<input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 高齢受給者証	介護保険 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
住所	〒				TEL: _____ FAX: _____
ケアマネ事業所名 担当者名	_____				TEL: _____ FAX: _____

② 請求先について (引落しをご希望される場合、事前に引落し申込書を郵送いたします)

請求方法	<input type="checkbox"/> クレジット	<input type="checkbox"/> 引落し	お支払いされる方	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> ()
フリガナ				TEL: _____
支払者名				FAX: _____
住所	〒			携帯: _____
メールアドレス (クレジット決済をご希望の方のみ)	_____			

③ 重要 (必ず記入ください)

■ 上記内容にて眼科訪問診療の受診を希望します

お名前： _____ 印

ご家族または代筆者氏名： _____ 印 (続柄： _____)

現在入所されている方で代理の方が記入する際には、患者様ご本人 (ご家族) の了承を得た上でご記入ください

医療法人社団 栄和会 だんのうえ眼科 訪問診療センター TEL: 044-777-2525

④ 重要 (必ず記入ください)

通院困難な理由	<input type="checkbox"/> 高齢で付き添い人も居ないため	<input type="checkbox"/> 介助無く一人で動けない
	<input type="checkbox"/> 認知症のため	<input type="checkbox"/> その他 ()
どのように具合が悪いのですか？	<input type="checkbox"/> 見えにくい (遠く・近く) <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> ぼやける <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 二重に見える <input type="checkbox"/> 腫れている <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 目ヤニが出る <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 黒い点が見える <input type="checkbox"/> 眼瞼下垂 <input type="checkbox"/> その他 ()	
■ 現在治療を受けている病気や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 ()		
■ 使用中の点眼薬はありますか？		
ない・ある 薬名 ()		
既往歴	糖尿病 (有 ・ 無) / ヘモグロビン A1C (_____) 認知症 (無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度) / 高血圧 (有 ・ 無 ・ 治療中) 腎臓透析 (有 ・ 無) / _____ (上記以外に治療を受けている病気： _____)	
身体状況	歩行：自立歩行可・要車椅子・歩行器・寝たきり 眼鏡： あり ・ なし 会話理解度： 良好 ・ 困難 ・ 指示入らず 難聴： あり ・ なし ・ 超難	