



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 (ご本人)内科の訪問診療を受けている はい いいえ

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		
住所	〒		TEL : _____ FAX : _____
フリガナ	フリガナ		
施設名	ご担当者様		

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"/> 施設 <input type="checkbox"/> ご家族
フリガナ			TEL : _____
支払者名			FAX : _____
住所	〒	携帯 : _____	
メールアドレス (クレジットカード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

※特養入居の方のみお答えください _____ ▶ 配置医師の要請を確認済 はい

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

看護師・ケアマネージャー記入欄

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 (_____)	
主訴	<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 (_____)	
■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	