

《往診眼科申込書及び問診表》

居宅 施設 事業所名:

お申込日:平成 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)			☆往診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>							
★通院困難な理由:				お身体が不自由になった時期 年 月 頃			
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。				施設名:			
【患者代理人】 平成 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