

申込日： 年 月 日

《訪問眼科診療申込同意書及び問診票》

フリガナ	
・患者名：	・ご担当者様
・生年月日 明・大・昭・平・令 年 月 日 () 歳 男・女	
【訪問先・住所】 〒	—
・電話番号 ()	—
・FAX番号 ()	—
【請求先・住所】 〒	—
・宛名	
・電話番号 ()	—
・携帯番号 ()	—
*ご請求先 (施設・ご家族) ※必ずご記入ください	
*診察後、ご請求書と診療結果報告書をお送り致します。翌月を目安に、振込またはクリニック窓口でのお支払になります。 (お振込手数料はご自身でご負担いただきますようお願い致します。)	

1. どのように具合がわるいのですか？

※必ずご記入ください

- ・見えにくい(遠く・近く) ・かすむ ・ぼやける ・かゆい ・痛い
- ・二重に見える ・はれている ・疲れる ・赤い ・目やにがでる
- ・涙がでる ・ゴロゴロする ・まぶしい ・黒い点が見える ・眼瞼下垂
- ・その他 ()

2. 既往歴

糖尿病 (無・有) / ヘモグロビンA1C () / 腎臓透析 (無・有)
認知症 (無・軽度・中度・重度) / その他 ()

3. 認知症の日常自立度

※対象者のみ必ず○をして下さい。

- ① 自立 ② I ③ II ④ IIa ⑤ IIb ⑥ III ⑦ IIIa ⑧ IIIb ⑨ IV ⑩ M

4. 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はありますか？

ない・ある/病名 ()

使用中の点眼薬 ()

5. お身体が不自由になった時期 または 通院困難な理由

※必ずご記入ください

通院困難な理由 (年 月頃)

6. だんのうえ眼科クリニックの訪問診療をどのように知りましたか？

・ご家族 ・知人、友人 ・インターネット ・看板 ・他の医院から()

・ケアマネージャー(事業所名:) ・施設担当者より(ご担当:)

当施設の配置医師からの要請がありましたので、訪問眼科診療の受診を希望します。

御名前 _____ 印 _____

御家族又は代筆者 _____ 印 _____ (続柄 _____)