

(カルテNo.

)往診診療申込書及び問診表(自宅患者様用)

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
患者名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月 日 (歳)
自宅住所	〒 -			■表札(無・有)	
	■ご自宅付近に目印はありますか? 無・有()				
	■駐車場 無・有()			■独居ですか? はい・いいえ	
電話番号	() -	FAX番号	() -		
ご家族様情報	※同居されている方、又は主にお世話をしている方をご記入ください。				
	おなまえ <u>お名前</u>			(続柄)	
	住所 〒 -				
	連絡先() -			携 帯() -	
ケアマネージャー	■担当のケアマネージャーさんはいらっしゃいますか? (無・有)				
	<u>事業所名</u>		<u>担当者</u>		
	連絡先() -				
	■往診後の結果連絡 希望しない・希望する → 毎回・変わりがあつた場合のみ連絡希望 ※当院より担当者へご連絡させていただくことがございますので予めご了承ください。				
■お支払いについて ※希望に○つけてください。 ※初回の往診で終了した場合は要相談 次回往診日に現金払い ・ クリニックに来院して精算					
■処方箋について ※処方箋を薬局へ郵送希望の場合、切手代 110 円を徴収させていただきます。					
・本人又は家族にお渡し					
・訪問薬局対応 <u>薬局名:</u> TEL () -					
FAX () -					
■往診の都合が悪い曜日・時間帯はありますか? 例: 月曜日デイサービス、火木土 透析 など					
いいえ・はい ()					
■往診時の同席(無・有)					
<u>お名前</u> (続柄)					

訪問診療同意書 兼 在宅医療申込書

〒252-0244
相模原市中央区田名4757
田名おぐら眼科
院長 小倉 恵美

田名おぐら眼科が提供する訪問診療、及び個人情報の取扱いについて同意し、在宅医療の申込みをいたします。

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も併せて同意いたします。

ご本人 名前 _____
住所 〒 _____
電話番号 _____ 携帯 _____

ご家族 ①名前 _____ (続柄 _____)
住所 〒 _____
電話番号 _____ 携帯 _____

②名前 _____ (続柄 _____)
住所 〒 _____
電話番号 _____ 携帯 _____

緊急連絡先 名前 _____ (続柄 _____)
住所 〒 _____
電話番号 _____ 携帯 _____