

(カルテNo.) 眼科往診・訪問診療申込書及び問診票

令和 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	大正・昭和 平成・令和	年	月 日 (歳)
住所 (訪問先)	(〒 -) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名も記入ください)			表札(有・無) 利用可能駐車場(有・無)	

当院との日程調整等のための連絡先を記入ください。(代表1名でお願いします)

氏名：

連絡先電話番号：

本人 家族 ケアマネージャー その他()

主訴	
----	--

既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・眼科受診歴はありますか？ (無・有) → 病院名) 病名) 最終受診) 年 月頃 ・使用中の点眼はありますか？ (無・有) → 点眼名) ・眼科の手術歴はありますか？ (無・有) → 手術内容) 年 月頃 ・薬剤アレルギーはありますか？ (無・有) → 薬剤名) ・糖尿病 (無・有) ・高血圧 (無・有) ・認知症 (無・有)
-----	---

<ul style="list-style-type: none"> ・現在、訪問診療は受けていますか？ (無・有) → クリニック名・担当医名) ・現在、お薬は届けてもらっていますか？ (無・有) → 薬局名・電話番号) ・介護度 → 自立 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
--

・申込書をクリニックで確認後、連絡先に電話をさせていただきます。(原則翌診療日までに)
 ・訪問先の距離に応じて交通費(1回あたり)が発生いたします。
 ・診療費は口座からの引落のみとさせていただきます。
 ・訪問前に保険証・医療証の確認をさせていただきます。

往診・訪問診療同意書

〒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往診・訪問診療の内容について説明を受け、診療を受けることに同意いたします。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。

年 月 日

ご本人氏名(自筆) _____

- ・患者ご本人がサインできない場合は、上記に氏名を記入し、下記にもご家族がサインしてください

ご家族氏名(自筆) _____