

往診診療申込書及び問診表

平成 年 月 日

| | | | | |
|---|--------------------------------------|-------|----------------|-----------|
| フリガナ | | 性別 | 生年月日 | |
| 患者名 | | 男・女 | 明治・大正 昭和・平成 | 年 月 日()歳 |
| 住所 | 〒 — 駐車場(有・無) | | | |
| 電話番号 | () — | FAX番号 | () — | |
| ご家族のお名前 | (続柄) | 連絡先 | () — | |
| 施設などに入居されている方は下記ご記入をお願いします | | | | |
| 施設名() | | | | |
| 施設連絡先() — 担当者名 | | | | |
| 主訴 | 例:㊟目やにが多い | | | |
| 既往歴 | 糖尿病(無・有) その他 高血圧(無・有) 腎臓病(無・有) | | | |
| 日常生活活動の状況 | | | | |
| 移動→(自立・一部介助・全面介助) | | | | |
| 認知症はありますか? 無・有→(軽度・中度・重度) | | | | |
| 今まで眼科を受診されたことはありますか?また、病名は分かりますか? 無・有→(病院名: 病名:)最終受診日(年 頃) | | | | |
| 使用中の点眼薬はありますか? 無・有→() | | | | |
| 今までに菊地眼科クリニックを受診された事がありますか? 無・有→(診察券番号) | | | | |
| 通院困難な理由 例:歩行困難 | | | | |
| その他問い合わせをご記入下さい | | | | |

上記項目にご記入頂き下記までFAXにてご送信下さい。

お電話でも受け付けております。

お手数ですが代理の方が記入される場合、患者様のご了承を得られた上でご記入下さい。

内容確認後、当方よりご連絡差し上げます。

菊地眼科クリニック

電話番号 (044)520-6366

FAX番号 (044)520-6367