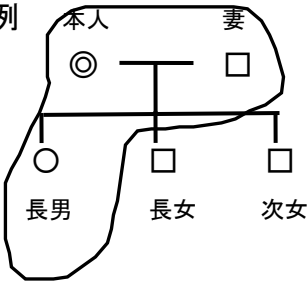


(カルテNo. ) 往診診療申込書及び問診表

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)
自宅住所	〒 — ご自宅付近に目印はありますか？ 無・有 ( ) 表札 (有・無) 駐車場(有・無)			
電話番号	( ) —	FAX番号	( ) —	
独居ですか？ はい ・ いいえ ご家族(主に介護をしている方)のお名前 (続柄 ) 連絡先 ( ) — <家族構成> ※一緒に住んでいる方を○で囲んでください 例 				
ケアマネ	無・有	担当ケアマネ	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				
施設の住所 〒 —				
施設連絡先( )		—	担当者名	
往診日の同席 無・有 (お名前: 本人とのご関係: )				
往診の都合が悪い日はありますか？ いいえ はい 例: 月曜日デイサービス、火木土 透析 など ( )				
12:30~13:30 の間でご都合悪い時間帯はありますか？ いいえ はい ( : ~ : )				
往診当日(11:00頃)の事前電話はどなたにしますか？ 自宅 ・ 施設 ・ 携帯 ( 様 ( ) ( ) )				

お支払いについて 次回往診日 ・ 銀行振り込み ・ クリニック来院して精算 ・ 施設立替

※希望に○つけてください。初回の往診で終了した場合は銀行振り込み又は、来院して精算のみになります

処方箋について 本人又は家族にお渡し ・ 施設の方にお渡し

訪問薬局対応（薬局名： Tel( ) -

主訴	例:右眼目やにが多い
眼科 既往歴	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→(点眼薬名： ) 眼科の手術をしたことはありますか？ 無 ・ 有 (病名： ) 眼鏡は持っていますか？ 無 ・ 有
その他 既往歴	糖尿病( 無 ・ 有 病院名： ) 内服 無 ・ 有 高血圧( 無 ・ 有 病院名： ) 内服 無 ・ 有 腎臓病( 無 ・ 有 病院名： ) 内服 無 ・ 有 その他( 病院名： ) 内服 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 )	
通院困難な理由 例:歩行困難	
どなたからのご紹介ですか？ 例: 施設スタッフ 、 ケアマネ など	
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