

自宅付近の略図

自宅付近の目印

表札(有・無)

往診日の同席(有・無)

同席者氏名

ご関係

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