（カルテNo.　　）往診診療申込書及び問診表（施設入居者様用）

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）
施設情報	〒　　－ 施設名：　　（お部屋　　号室） 住所： 担当者名：　　駐車場　無 ・ 有			
電話番号	（　　）　　－	FAX番号	（　　）　　－	
ご家族様情報	フリガナ： お名前：　　（続柄：　　） 住所： 連絡先：　　携帯：			
ケアマネ	無 有　事業所名：　　担当ｹｱﾏﾈ： 連絡先： 往診後の結果連絡　希望する → 毎回 ・ 変わりがあった場合のみ連絡希望 希望しない ※当院より担当ｹｱﾏﾈ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　※希望に〇つけてください。初回の往診で終了した場合は要相談。

次回往診日に施設立替　・　クリニック来院して精算　・　銀行振込み　・　銀行引落し

（※手数料は患者様ご負担となります）

■銀行振込み・銀行引落しの場合、書類や請求書、領収書の送付先はいかがいたしますか？

・施設へ送付

・ご家族へ送付　→　上記ご家族住所へ

その他のご家族へ、又はその他の方へ

お名前：　　ご連絡先（　　）　　－

住所：〒　　－

■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（　　）　　－

FAX（　　）　　－

■往診の都合が悪い曜日・時間はありますか？　いいえ

はい　例:　月曜日デイサービス　、　火木土　透析　など

（　　）

■往診当日（11:00 頃）の事前電話はどなたにしますか？

施設　・　その他　お名前:　　連絡先(　　)　　—

主訴	例:見づらい、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→遠用　・　近用　・　遠近　・　不明　・　その他（　　）
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 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　）

その他問い合わせをご記入下さい

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。
ご記入いただきました情報は、当院内での使用及び、連携医療機関への情報提供に使用させていただきます。

菊地眼科クリニック
電話番号　（044）520－6366
FAX番号　（044）520－6367

訪問診療同意書　兼　在宅医療申込書

〒２１２－００５３
川崎市幸区下平間１５２-３
医療法人　光耀会
菊地眼科クリニック
院長　　菊地　琢也

菊地眼科クリニック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＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿