

(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	住所：〒 -		駐車場 無 ・ 有		
	施設名： _____		(お部屋 号室)		
	担当者名：				
電話番号	() -	FAX番号	() -		
ご家族様情報	おなまえ 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 希望しない 希望する → 毎回 ・ 変わりがあつた場合のみ連絡希望 ※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○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 (※各種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					
・ 其他のご家族へ、又は其他の方へ お名前： _____					
住所： 〒 - ご連絡先 () -					
■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はありますか？ 例：月曜日デイサービス、火木土 透析 など
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？ 施設 ・ その他
おなまえ
お名前： _____ 連絡先() —

主訴 _____ 例：見づらい、右眼目やにが多いなど

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、病名はわかりますか？
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 ・ 一部解除 ・ 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

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 _____