

訪問診療依頼書および問診票

申込日 年 月 日

フリガナ	性別	生年月日
【患者氏名】	男・女	大正・昭和・平成 年 月 日
【住所】〒		
【電話番号】		FAX番号
【現況】	<input type="checkbox"/> 1人暮らし	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所中
【家族背景・キーパーソン】		
【今回の申し込みに関する連絡先】氏名		続柄 電話番号
【往診日の同席】 無・有 (氏名		本人とのご関係)
【依頼経緯】 (訪問看護・ケアマネ・主治医)の勧め		(本人・家族)の希望
【日常生活の状況】 移動 (自立・一部介助・全面介助)		
【認知症】 無・有 (軽度・中等度・重度)		意思疎通 (可・不可)
【介護保険証】 有・無・申請中		
【要介護状態区分】 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
【ケアマネ】 無・有 担当ケアマネ		電話番号
【健康保険証】 国保・社保・共済・後期・生保・その他 ()		
【身体障害者手帳】 有・無		
目の症状	例：右目が見えにくい、左目のめやにが多い など	
いつから		
程度	悪化している ・ 変わらない ・ 良くなってきている	
既往歴	今まで眼科を受診されたことはありますか？ 病名はわかりますか？	
	無 ・ 有 (病院名： 病名：)	
	現在使用中の目薬はありますか？	
	無 ・ 有 (点眼薬名)	
	糖尿病 (有 ・ 無)	
	その他病名 ()	

上記項目にご記入いただき下記までFAXでご送信ください 電話でも受け付けています。
内容確認後、申し込み当日中にご連絡差し上げます。

やまだ眼科クリニック
 電話番号 095-801-1567
 FAX番号 095-801-1566
 e-mail yamada-eye@outlook.jp