

# 診察申込書および問診票

フリガナ		性別	生 年 月 日
氏名	男・女	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 ( 歳)
訪問先	<input type="checkbox"/> 自宅 住所を記載してください 〒 -		駐車場 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	<input type="checkbox"/> 施設 (施設名: )		
連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 携帯	*ご本人、施設以外への連絡を希望の方は【 】にお名前をご記入ください ( ) - 【お名前】	
主訴	<input type="checkbox"/> 視力低下 <input type="checkbox"/> メヤニ <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 充血 <input type="checkbox"/> 前医からの継続診療 <input type="checkbox"/> その他 { }		
眼科 既往歴	治療中の病気はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	使用中の点眼薬を教えてください	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	かかりつけの眼科はありますか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医院名 )	
	紹介状をお持ちですか	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
全身 既往歴	これまでにかかった病気を教えてください	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 脳梗塞 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 胃瘻造設 <input type="checkbox"/> その他 { }	
	現在服薬中のうち該当するものに✓してください	<input type="checkbox"/> 糖尿病のお薬 <input type="checkbox"/> 血液をサラサラにするお薬 <input type="checkbox"/> ステロイド薬 <input type="checkbox"/> 認知症に対するお薬 <input type="checkbox"/> 免疫抑制薬	
	訪問診療を受けていますか	<input type="checkbox"/> 外来通院中 (医院名: ) <input type="checkbox"/> はい (医院名: )	
	お薬は届けてもらっていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (薬局名: )	
アレルギーはありますか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )	
直近1年で健診を受けましたか		<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )	
生活状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
通院困難な理由	<input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 長時間歩けない (車いすはOK) <input type="checkbox"/> 付添いできる人がいない <input type="checkbox"/> その他		
提示いただく保険証	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード保険証		
あなたの診療情報を当院が取得することに同意されましたか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
当院を知るきっかけ	<input type="checkbox"/> かかりつけ医から聞いた <input type="checkbox"/> ホームページを見た <input type="checkbox"/> 看板を見た <input type="checkbox"/> リーフレットを見た <input type="checkbox"/> ケアマネージャーから聞いた <input type="checkbox"/> クチコミ <input type="checkbox"/> その他		
その他、伝えておきたいことがありましたらご記入をお願いします			

記入者 【 ご本人 ・ 代理人 (氏名 / 続柄 ) 】

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。  
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

上記項目にご記入のうえ、下記までFAX送信してください。内容確認後、ご記入いただいた電話番号にご連絡差し上げます。1週間が経過しても連絡がない場合は、お手数ですが当院までお電話ください。

訪問眼科 こうのクリニック      TEL 042-766-0770  
 FAX 042-766-0880