診察申込書および問診票

□　居宅　　□　施設　（施設名　　）

フリガナ		性別	生　年　月　日	
患者名	診察券番号（　　）	男・女	大正・昭和 平成・令和	年　月　日（　歳）
住所	〒　　－ 駐車場　【　なし　・　あり　】			
電話番号	（　　）　　－		入居施設 電話番号	（　　）　　－

主訴 お困りのこと	

今までに目の病気をされたことがありますか　【なし・あり（　　）　】

現在使用中の点眼薬はありますか　【なし・あり（　　）　】

高血圧　【　なし　・　あり　】

認知症　【　なし　・　あり　】

糖尿病　【　なし　・　あり　➡　ヘモグロビンＡ１ｃ（　　）％　】

上記以外に現在治療中の病気があればご記入ください

（　　）

日常生活の状況	自　立　・　一　部　介　助　・　全　面　介　助
通院困難な理由 1つ選んでください	寝たきり　・　歩けない（車いすなら移動できる）　・　長時間座れない 付添いできる人がいない　・　意思疎通ができない　・　その他
当院を知ったきっかけ 1つ選んでください	ホームページを見た ・ リーフレットを見た ・ 看板を見た ・ 口コミ ケアマネージャーから聞いた ・ かかりつけ医から聞いた ・ その他

伝えておきたいことがありましたらご記入ください（デイサービスやショートステイの予定など）

記入者　　【　ご本人 ・ 代理人　（氏名　　／続柄　　）】

上記項目にご記入のうえ、下記までＦＡＸ送信してください。
内容確認後当方より、ご記入いただいた電話番号にご連絡差し上げます。

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