大川眼科医院
訪問診療

FAX 発信先
0126-24-4138

問診票

1.どのような症状でお困りですか。　☐定期診察

☐痛み　☐腫れている　☐異物感　☐充血　☐目ヤニ　☐かゆい　☐涙目
☐乾燥　☐疲れ眼　☐かすみ　☐視力低下　☐糸の様な物が見える・黒い点が見える
☐その他（　　）

2.いつ頃からですか。
☐今日　☐（　　）日前から

3.どちらの眼ですか。
☐右眼　☐左眼　☐両眼

4.現在、眼科で治療を受けている病気はありますか。
クリニック名：（　　）　病名：（　　）

5.今までに下記の病気にかかったことはありますか。
☐糖尿病　（HbA1c：　　%）☐高血圧症　☐心臓病　☐腎臓病　☐透析　☐喘息　☐認知症
☐アレルギー　☐その他（　　）

申込書

申込日：令和　　年　　月　　日

患者氏名（フリガナ）		生年月日	年　月　日	性別	男・女
保険種類	☐国保　☐社保　☐生保　☐高齢者受給者証				
住所	〒	電話番号： 携帯番号：			
施設名（フリガナ）		ご担当者様			
施設住所	〒	施設 TEL			
		施設 FAX			

【重要】必ずご記入ください

同意書

■上記内容にて眼科訪問診療の受診を希望します。

お名前：　　印

ご家族または代表者氏名：　　印　（続柄：　　）

現在入所されている方で代理の方が記入する際には、患者様ご本人（ご家族）の了承を得た上でご記入ください。
※特養入居の方のみお答えください。→　配置医師の要請を確認済　☐はい

ご記入ありがとうございました。お手数ですが FAX でご提出ください。
大川眼科医院　TEL：0126-24-4118 ／ FAX：0126-24-4138