

さわだ眼科

往診申し込み・問診

フリガナ			生年月日	
名前			明・大・昭・平・令	年
			月	日 () 歳
ご家族のお名前	(続柄)			
住所				
電話番号	() —			
主訴	(例)眼がかすむ			
既往歴	糖尿病 (無 ・ 有) / ヘモグロビンA1C () 認知症 (無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度) / 高血圧 (無 ・ 有 ・ 治療中) 腎臓透析 (無 ・ 有) / その他 ()			
眼の病気				
使用中の点眼薬 あるいは眼軟膏				
眼科以外で治療を 受けている病気				
現在飲んでいる薬				
通院ができない理由				
身体状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行可 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 要車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 難聴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 眼鏡 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし 会話が理解できるか <input type="checkbox"/> 良好・ <input type="checkbox"/> 困難			

医療保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 障害					
介護保険	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5					
日常生活自立度	該当なし	I	II・IIa・IIb	III・IIIa・IIIb	IV	M

上記内容で眼科の往診を申し込みます。

施設名

患者代理人

年 月 日

名前