

## 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<br>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( )<br>認知症(無・軽度・中度・重度) / 高血圧(無・有・治療中)<br>腎臓透析(無・有) / その他( )                                                                                                                                                                                                                                             |  |                          |
| 眼の病気                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                          |
| 使用中の点眼薬<br>あるいは眼軟膏  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                          |
| 眼科以外で治療を<br>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<br>難聴 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし<br>眼鏡 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし<br>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