

# 新規・再診 訪問診療申込書

ふくだ眼科クリニック宛

FAX : 087-802-2700

お申込日：西暦 年 月 日

## ■患者様情報

|       |   |     |                |    |               |
|-------|---|-----|----------------|----|---------------|
| フリガナ  |   | 性別  | 生年月日           | 年齢 | 電話番号          |
| 患者様氏名 | 様 | 男・女 | 大・昭・平<br>年 月 日 | 歳  | ( )           |
| ご住所   | 〒 |     |                |    | 駐車スペース<br>有・無 |

|         |   |
|---------|---|
| 眼の症状    | (例：数日前から右眼が痛い・緑内障の点眼がなくなった等)  |
| 眼科病歴    | (分かる範囲でご記入ください)   |
| 使用中の点眼薬 | なし・わからない・あり ( )   |
| その他病歴   | 心臓疾患・喘息・腎臓病・糖尿病・高血圧症・認知症・その他( )<br>※がんの場合 告知の有無… 有 ・ 無<br>※感染症…有( )・無・不明 ※医科通院…有( )・無<br>※医科訪問診療…有( )・無 |
| 通院困難な理由 | 肢体不自由による離床困難・その他 ( )  |

|                |   |         |         |
|----------------|---|---------|---------|
| ADL            | 全介助 ・ 一部介助( )                             |         |         |
| 保険証の種類<br>(医療) | 国保 ・ 社保(本人) ・ 社保(家族) ・ 後期高齢者 ・ 生活保護 ・ 障害者 |         |         |
| 保険証の種類<br>(介護) | 介護認定                                      | 有・無・申請中 |         |
|                | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5                     |         |         |
| ケアマネジャー        | 氏名  | 事業所名    | TEL ( ) |
|                | 様   |         | FAX ( ) |

## ■依頼者様情報

|        |  |                            |         |
|--------|--|----------------------------|---------|
| フリガナ   |  | 患者様とのご関係                   | TEL ( ) |
| 依頼者様氏名 |  | 家族・同居人・ケアマネジャー・<br>その他 ( ) | FAX ( ) |

\* 訪問診療に関して緊急連絡などが必要な場合は依頼者様にご連絡致しますので、携帯電話などいつでもつながる連絡先をご記入下さい。

■ 予め患者様の医療保険証の確認が必要ですので、コピーを FAX もしくはご郵送にてお送りください。  
どちらかに○をつけてください … ( FAX ・ 郵送 )