

往診診療申込書及び問診表(施設様用)

年 月 日

施設名		担当者名	
住所	〒 -		
電話番号	() -	FAX	() -

部屋番号	フリガナ	性別	生年月日
	氏名	男・女	大正・昭和 平成・令和 年 月 日(歳)
主訴	例 : ㊦目やにが多い		
既往歴	糖尿病(無 ・ 有) 認知症(無 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度) 高血圧症(無 ・ 有) 腎臓病(無 ・ 有) 心臓病(無 ・ 有) 喘息(無 ・ 有)		
上記以外に現在治療を受けている病気はありますか? 無 ・ 有 →() 現在、服用中のお薬はありますか? 無 ・ 有 →() 今までに眼の病気をされた事がありますか? 無 ・ 有 →() 使用中の点眼液はありますか? ある場合は、点眼名、用法、未開封品の本数をお願いします。例 : ラタプロスト 右眼1日1回 <u>晩</u> 残2本 ※おくすり手帳のコピー添付でも可 無 ・ 有 →()			

※眼科の診療情報提供書が入手可能であれば、取り寄せをお願いします。(特に緑内障点眼薬を使用の場合)

通院困難な理由	例 : 歩行困難
---------	----------

上記項目にご記入いただき下記までFAXにてご送信ください。

お手数ですが代理の方が記入される場合、患者様のご了承を得られた上でご記入下さい。

内容確認後、当方よりご連絡差し上げます。



電話番号 (0561) 51-4936

※往診専用電話番号となります

FAX番号 (0561) 51-4932