

往診診療申込書及び問診表（個人様用）

年 月 日

| | | | |
|--|---|----------------|-----------|
| 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) |
| 住 所 | 駐車場（有・無） | | |
| 電話番号 | () - | FAX番号 | () - |
| ご家族のお名前 (続柄) 連絡先() - | | | |
| 施設などに入所されている方は下記ご記入をお願いします | | | |
| 施設名 () | | | |
| 施設連絡先 () - 担当者名 | | | |
| 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) 喘息(無・有) 心臓病(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 →() | | | |
| 今までに眼の病気をされた事がありますか？ | | | |
| 無・有 →() | | | |
| 現在使用中の点眼液はございますか？ | | | |
| 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回晩 残2本 | | | |
| 無・有 →() | | | |
| 今までに、当院を受診された事がありますか？ | | | |
| 無・有 →(診察券番号) | | | |
| 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) 51-4930
FAX番号 (0561) 51-4932