

# 往診診療申込書及び問診表

平成 年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者名		男・女	明治・大正 昭和・平成	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 : ④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( 無 ・ 有 )      腎臓病( 無 ・ 有 ) その他( )			
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 ( ) 使用中の点眼液はございますか? 無 ・ 有 ( ) 今までにほんじ眼科クリニック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				

上記項目にご記入頂き下記までFAXにてご送信ください。

お電話でも受け付けております。

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