

往診診療申込書及び問診表

年 月 日

フリガナ		性別	生 年 月 日	
患者名		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 : 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