

施設情報

お申込日 令和 年 月 日

入居施設名	施設タイプ	
	居宅・施設	
連絡先	固定電話：	FAX：
住所	〒	
駐車	可・不可	

フリガナ		
記入者様氏名		
患者様とのご関係	ケアマネージャー・施設職員・ご家族・その他（ ）	
電話番号（上記電話番号と連絡先が異なる場合）		

ご用意頂く書類

1. 施設情報（申込書 1） ※ 2名以上お申込みされる場合も1部で結構です
2. 患者情報（申込書 2） ※ 訪問眼科診療を希望される患者様の人数分ご記入ください
3. 医療保険証、公費証明書、各種受給者証など
4. お持ちの方は、他医療機関からの紹介状や薬剤情報（お薬手帳）など

お申込方法

ご用意頂いた書類は、FAXにて送信（FAX：098-993-7178）または当院へご持参ください。

書類の原本は訪問時にお受取りさせていただきますので、お手元に保管下さい。

FAXが届きましたら、日程調整について当院からご連絡させていただきます。

ご不明な点がございましたらお気軽にお問合せください。

ホームページ	お問合せ先
https://yogi-eye.com/ 	TEL：098-851-5251（月～金：9時～17時） FAX：098-993-7178

患 者 情 報

施設名 _____ お申込日 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

フリガナ		性 別
患 者 様 氏 名	(部屋番号: _____)	男・女
生 年 月 日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (満 _____ 歳)	
ご 家 族 連 絡 先	氏名 _____ 電話番号 _____ 住所 〒 _____	

目 の 症 状	(例: ○日前から○目が痛い・めやにが多い・緑内障の治療中 など)
眼科既往歴・手術歴	(例: ○年前に○目の白内障手術、○○年に網膜剥離の手術 など)
使用中の点眼薬	な し ・ あ り (_____)
その他病歴	糖尿病 (HbA1c: _____ %) ・ 認知症 (軽度・中度・重度) 高血圧・腎臓透析・その他 (_____)

日常生活の様子	自立・一部介助・全介助	難 聴	あり・なし
会 話 理 解 度	良 好 ・ 困 難 ・ 非 常 に 困 難		
眼 鏡	あり (遠用・近用・遠近・不明) ・ なし	眼鏡処方希望	あり・なし
通院困難な理由	寝たきり・要歩行介助 (または車椅子) ・長時間座れない 付き添いできる人がいない・その他 (_____)		

医 療 保 険	国保・社保 (本人・家族) ・ 後期高齢者・生保・その他・障害
介 護 保 険	要 支 援 1 ・ 2 要 介 護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5

訪問眼科診療について、かかりつけ医療機関の主治医または配置医師の了承を得ている → はい

医療機関名 _____