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頂きますので、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頂きます。

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：〇日前から〇目が痛い・めやにが多い・緑内障の治療中 など） |
| 眼科既往歴・手術歴 | （例：〇年前に〇目の白内障手術、〇〇年に網膜剝離の手術 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 |  |