

施 設 情 報

お申込日 令和 年 月 日

訪問施設名	<input type="checkbox"/> 個人宅
訪問施設 連絡先	固定電話： 携帯：
訪問施設 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（ ）
記入者様連絡先 上記連絡先と異なる場合	ご所属 連絡先

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
（個人宅からご依頼の場合は、医療機関からの紹介状が必要です）

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。
 （FAX送信後、書類の原本は後日当院までご郵送頂くか診察時に当院スタッフへお渡しください）
 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	(居室番号)	男・女
生 年 月 日	明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳)	
医療費請求先 (キーパーソン情報)	氏名 (続柄) 住所 〒 電話	

※訪問眼科診療は医療保険のみ利用となります

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		
かかりつけ医療機関または紹介元 (必ずご記入ください)			
訪問眼科診療について、かかりつけ医療機関または紹介元医師の了承を得ている			<input type="checkbox"/> はい

※眼鏡の処方せんをご希望の方へ

患者様がお住まいの環境 (お部屋の明るさなど) や目のご病気によっては眼鏡を使用しても視力が安定しないことがあります。そのため、眼鏡の処方せん発行についてはご要望にお応えできないことがありますので予めご了承ください。