

# 眼科往診申込書兼問診票

フリガナ		生年月日	
患者氏名	男・女	明・大 昭・平	年 月 日( )歳
住所(施設名)			
TEL 番号		FAX 番号	

既往歴	糖尿病(無・有) HA1c :		
	高血圧(無・有・治療中)		
	認知症の日常生活自立度	I ・ II ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa IIIb ・ IV ・ M 該当なし	
	その他		

現在使用中の点眼薬	
主訴	例)目ヤニが多い
眼疾患既往歴	

分かる範囲でご記入ください

当用紙と保険情報(医療保険証・介護保険証)のコピーを合わせて下記番号まで FAX にてお申込み下さい。  
尚、診療情報等、ありましたら別紙、頂けると大変助かります。

介護事業所からの申し込みの場合は下記もご記入下さい。

事業所名・ご担当者名			
TEL 番号		FAX 番号	

## ▼FAX 番号 03-6411-7040▼

医療法人社団 翠光会 上野毛クリニック  
東京都世田谷区上用賀 5-2-10 鴨水層 2A 号室  
TEL.03-3707-2579