

訪問診療同意書

1. 訪問診療について

訪問診療とは、通院が困難な患者さまに対し、医師が計画的にご自宅または入居施設等を訪問し、診察、治療および医学的管理を行う医療サービスです。病状や生活状況に応じて、緊急時には臨時の往診を行う場合があります。

2. 診療内容について

- ・ 定期的な診察
- ・ 処方、検査、処置等の医療行為
- ・ 療養生活に関するご本人・ご家族への説明や助言
- ・ 連携医療機関、介護施設、訪問看護、ケアマネジャー等との情報連携

3. 費用について

健康保険や介護保険を利用して診療を行います。診療内容に応じて、往診料(在宅患者訪問診療料)、初診料(再診料)、検査料、処方料などが発生します。実際のご負担額は、保険の種類や負担割合などにより異なります。

以上の内容について説明を受け、十分に理解した上で、訪問診療に同意します。

令和 年 月 日

患者氏名 _____

代理人氏名（続柄） _____

施設名 _____

相馬クリニック

申込書 1

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)

申込書 2

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。