

診 察 申 込 書

フリガナ		性別	生年月日	電話
お名前		男 女	大 昭 平 年 月 日	自宅() — 携帯() —
ご住所	〒 —			
ご職業	1.学生 2.会社員 3.公務員 4.自営業 5.主婦 6.フリーター 7.その他 ()			

- ① 今日はどうされましたか？（右目・左目・両目）
 充血 目やに 痛み かゆい 腫れ 涙目 乾く ゴロゴロする
 視力低下 メガネ処方 かすむ 疲れる まぶしい 黒いものが見える
 検診にて受診するよう言われた その他 ()
-
- ② いつごろからですか？ ()
-
- ③ メガネやコンタクトレンズを使用していますか？
 なし メガネ ・老眼鏡 ・コンタクトレンズ（ソフト・ハード）
-
- ④ 今までに大きな目の病気や角膜または眼瞼ヘルペス・帯状疱疹にかかったことはありますか？
 なし あり ⇒ 病名をお書き下さい ()
 いつ頃ですか？ ()
-
- ⑤ アレルギーはありますか？
 なし あり ⇒ 花粉症 ぜんそく アトピー その他 ()
-
- ⑥ 薬（内服薬・外用薬・目薬・注射・点滴）で副作用が出たことはありますか？
 なし あり ⇒ いつ頃の事ですか？ ()
 お薬の名前は？ ()
-
- ⑦ 今までにかかった（現在かかっている）病気はありますか？
 なし 糖尿病 高血圧 その他 ()
-
- ⑧ 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください。
 妊娠中 () ヶ月 わからない 授乳中
-
- ⑨ 当院のことは何でお知りになりましたか？
 インターネット 眼科HP 看板 医療マップ 同ビル勤務 近隣勤務
 紹介（家族・知人・医療機関）フロアガイド その他 ()