

# 診察申込書

住所 \_\_\_\_\_

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

電話番号 \_\_\_\_\_

日中の連絡先(携帯電話など) \_\_\_\_\_

当院をお選びいただいた理由

家族・知人の紹介(紹介者のお名前 \_\_\_\_\_ 様)  看板をみて

自宅・職場の近く  ホームページをみて  医院検索サイトをみて

その他( \_\_\_\_\_ )

○異常がある場合それはどちらの眼ですか？

両眼          右眼          左眼

○どのような症状で来院されましたか？1番気になる事を丸でかこんでください

- ・充血    ・かゆみ    ・痛み    ・異物感(ゴロゴロする等)    ・めやに
- ・はれている    ・何か飛んで見える    ・涙が出る    ・まぶしい    ・打撲
- ・視力低下(遠く・近く)    ・メガネ作りたい    ・コンタクトレンズ作りたい
- ・定期検査    ・学校検診で異常あり    ・健康診断で異常あり
- ・その他 [ \_\_\_\_\_ ]

○いつからですか？

\_\_\_\_\_ 前より

○今までに目の病気にかかったことはありますか？

なし          あり(病名 \_\_\_\_\_ )

○今までに目の手術を受けたことがありますか？

なし          あり(白内障    緑内障    網膜剥離    その他→ \_\_\_\_\_ )

○薬のアレルギーはありますか？

なし          あり(薬の名前 \_\_\_\_\_ )

○以下の病気があれば丸でかこんでください

糖尿病    高血圧    心臓の病気    ぜんそく

○現在妊娠中や授乳中の方はお知らせください

妊娠          ヶ月          授乳中