

診察申込書

フリガナ					
氏名	(男・女)				
生年月日	明・大・昭 平・令	年	月	日	(満 歳)
住所	〒 —				
電話番号					

受診の理由をおたずねします。 ○印をつけてください。

どちらの 目ですか	右眼	左眼	両眼	
いつから ですか	日前から	週間前から	ヶ月前から	
どんな 症状ですか	<ul style="list-style-type: none"> ・目が痛い ・眼がはれている ・眼がかゆい ・目が充血する ・眼やにがでる ・涙とまらない ・眼がつかれる ・見えにくい ・眼がかすむ ・眼底検査希望 ・手術希望 ・学校検診 ・その他 具体的にお書きください 			
・現在お使いの点眼薬	(薬剤名 右眼	・ 左眼	1日	回数点眼)
	(薬剤名 右眼	・ 左眼	1日	回数点眼)
・今までに眼の病気にかかったことが	(ある・ない)			
『ある』とお答えの方	病名 ()			
・レーシック手術を受けたことがありますか?	(ある・ない)			
・現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください。	<ul style="list-style-type: none"> ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・喘息 ・鼻炎 ・泌尿器系 ・リュウマチ等 ・その他 () 			
・今までにくすりや注射、食べ物で具合が悪くなったことが	(ある・ない)			
『ある』とお答えの方	(何で:)			
・妊娠している、またはその可能性がありますか	(ある・ない)			
『ある』とお答えの方	(ヶ月)			
初めて来院される方へ	当院をどのようにしてお知りになりましたか。			
・お知り合い(ご家族・ご友人)からのご紹介	・ホームページを見て			
	(差支えなければご紹介者のお名前: 様)			
・その他	()			