

眼科 診察申込書

保険証と一緒に受付に提出してください

平成 年 月 日

ふりがな		生	明治			
氏 名	男 女	年 月 日	大正 昭和 平成	年	月	日 (歳)
住 所						
電 話		職 業				

次の質問にお答えください

(わかる範囲で結構です)

1. 当院をお知りになった理由は何でしょうか
 家族が受診 () ・ 知人が受診 ()
 近所だから ・ 看板を見て ・ 電話帳 ・ インターネット
2. 今日、診察を受ける病気についてお尋ねします
 いつから ()
 どちらの目 右 目 ・ 左 目 ・ 両 目
 どんな症状が めやに ・ かゆみ ・ 痛み ・ かすみ ・ 視力低下 ・ その他
 この病気について他の医者にかかりましたか
 は い () 病院) ・ いいえ
3. メガネ処方 希望
4. コンタクトレンズ処方 希望
 コンタクトレンズ装用は はじめて ・ 経験ずみ (才から)
5. 今までにかかった病気についてお尋ねします
 眼 科 アレルギー性結膜炎 ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離
 ぶどう膜炎 ・ 目のケガ
 その他 ()
 他の科 糖尿病 高血圧 リュウマチ 喘息 心臓病 アレルギー性鼻炎
 アトピー性皮膚炎
6. 今までに受けたことのある手術についてお尋ねします
 眼 科 ()
 他の科 ()
7. 薬でアレルギーがでたことがありますか
 は い (薬名) ・ いいえ
8. 子供さんにお尋ねします
 現在の体重 () kg
 妊娠 ・ 分娩に異常はなかったですか はい ・ いいえ ・ 未 熟 児
9. 女性の方にのみお尋ねします
 現在 妊娠していますか は い (ャ月) ・ いいえ
 妊娠している可能性がある
 現在 授乳していますか は い ・ いいえ
10. その他、これから受ける診察について、特に希望がありましたらお書きください。

