

診療申込票

つじもと眼科クリニック

保険証を添えてお出し下さい。
保険証のご提示がないと恐れ入りますが自費扱いになります。

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	明・昭 年 月 日 生まれ	男・女
		大・平 満()才	
ご住所	(〒 -)	TEL - -	
ご職業		※日中の連絡先もご記入下さい。 TEL - -	

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p>該当する□にチェックをつけて下さい。 症状が多数の時は、一番ひどい症状の□を塗りつぶして下さい。</p>	<input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い・重い <input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> ゴミが入った <input type="checkbox"/> (近く・遠く)が見にくい <input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 黒い物・影が見える <input type="checkbox"/> 瞼が腫れた <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> モヤがかって見える <input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 検診希望 <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> (眼鏡・コンタクト)希望 <input type="checkbox"/> 目が乾燥する <input type="checkbox"/> その他()
いつ頃からでしょうか？	()頃から
どちらの目ですか？	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方
普段眼鏡を使用していますか？	<input type="checkbox"/> している → (遠く用・手元用・遠近両用・PC用) <input type="checkbox"/> していない 作成時期 ()頃
普段コンタクトレンズを使用していますか？	<input type="checkbox"/> している → (ソフト・ハード) <input type="checkbox"/> していない メーカー・種類() 度数 (R /L)
今までに目の病気をしたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 病名()いつ頃()
何か身体の病気はありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()
現在使用中のお薬はございますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 薬の名前()
ご家族で目の病気の方は？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> ある 病名()
薬でアレルギーが出たことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前)
手術(抜歯を含む)をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (手術名:)
(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は？	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(妊娠中・授乳中) <input type="checkbox"/> 可能性がある

<p>当院をどこで知りましたか？</p>	<input type="checkbox"/> 紹介() <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> その他()
----------------------	--

ご記入ありがとうございました。診療申込票を受付へお持ちください。
まずは検査からのご案内となりますので、待合にてお待ちください。一度外出される場合は、受付にお申し出ください。