

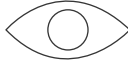
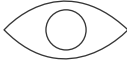
診療申込票 (小児用)

つじもと眼科クリニック

※保険証・医療証を添えてお出しください。
 保健証のご提示がない場合は恐れ入りますが、自費扱いになります。

記入日 年 月 日

ふりがな			平成・令和 年 月 日生 満 () 才	男・女
お名前 (家での呼び名:)			出生体重・週数 () g () 週 ※7才未満のお子様はご記入ください。	
ご住所	〒 都道府県 市区町村			
TEL	-		携帯TEL 父・母・(その他:)	-
園・学校名				

<p>本日はどうなさいましたか? 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"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 瞼が腫れた <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> ゴミが入った <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> (眼鏡・コンタクトレンズ) 処方希望	<input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> (近く・遠く) が見にくい <input type="checkbox"/> 視力回復訓練(ワック) <input type="checkbox"/> オルソケラトロジー希望 <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い、重い
どちらの目ですか?	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両眼 ※右図に症状のある箇所をご記入ください。→		 
いつ頃からでしょうか?	() 頃から		右 左
どなたが気がつきましたか? その状況もお教えてください。	<input type="checkbox"/> 両親(父・母) <input type="checkbox"/> 学校・園の先生 <input type="checkbox"/> 親族 () <input type="checkbox"/> その他 ()		
今回の症状で他の眼科や医療機関を受診されましたか?	<input type="checkbox"/> はい → 医院名 () <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ()		
今回の症状以外で他の眼科を受診されたことはありますか?	<input type="checkbox"/> はい → 医院名 () <input type="checkbox"/> いいえ 病名 () いつ頃 ()		
メガネの作成歴はありますか?	<input type="checkbox"/> はい → 最初につくったのは (歳 ヶ月頃作成) <input type="checkbox"/> いいえ 今のメガネは (歳 ヶ月頃作成) 作ったお店の名前 () 現在めがねは (常用している・時々使う・ほとんど使っていない)		
ご家族(三親等内)の中で眼の病気の方はいらっしゃいますか?	<input type="checkbox"/> はい → 近視・遠視・乱視・弱視・斜視・色覚異常・緑内障 <input type="checkbox"/> いいえ 夜盲症(とりめ)・先天性白内障・その他 () その方との続柄 ()		
小児科その他の科で加療中あるいは、過去に治療した病気はありますか?	<input type="checkbox"/> はい → 病名 () <input type="checkbox"/> いいえ 医院名 () 使用中の薬 ()		
お薬や食べ物でアレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ()		
麻酔を使う手術をしたことはありますか?	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (手術名)		

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

ご記入ありがとうございました。問診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。