

診療申込票

眼科

お名前	ふりがな	大・昭	年	月	日	生まれ	男・女
		平・令	満	()	才	
ご住所	〒 - -						
連絡先	携帯電話	-	-				
	緊急連絡先 (ご家族・ご自宅・お勤め先)	-	-				

<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p>該当する項目の <input type="checkbox"/> に チェック✓をつけて下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p>※ 症状が多数の時は 一番強い症状の<input type="checkbox"/>を 塗りつぶして下さい</p> </div>	<input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> まぶたが下がってきた <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている <input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> 目が乾燥する <input type="checkbox"/> できもの <input type="checkbox"/> 逆まつげ <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い・重い <input type="checkbox"/> 頭が痛い <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 見え方がおかしい (かすむ・ゆがむ・暗い) <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 黒い影や糸くずのようなものが見える <input type="checkbox"/> 光が走る <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 <input type="checkbox"/> コンタクト処方希望 (初めて・過去に使用) <input type="checkbox"/> 健診希望 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<p>どちらの目ですか？</p> <input type="checkbox"/> 両方 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
<p>いつ頃からですか？</p> () 頃から	
<p>普段眼鏡を使用していますか？</p> <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している → () 頃作成 (遠く用・手元用・遠近両用・パソコン用)	
<p>普段コンタクトレンズを使用していますか？</p> <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している → (ソフト・ハード) レンズ名 () 度数 (右/ 左/)	
<p>目の病気をしたことは？</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (病名:) いつ頃:)	
<p>病気や手術をしたことがありますか？</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> その他 () (手術名:) いつ頃:)	
<p>服用中のお薬は？</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)	
<p>薬でアレルギーが出たことは？</p> <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)	
<p>(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は？</p> <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 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"/> ご紹介 () さん <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <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。