

# 診察申込書

年 月 日

ふりがな			
お名前		男・女	ご職業
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	年齢 歳
現住所	〒 _____		
自宅電話番号		携帯番号	
緊急連絡先電話番号(連絡先)	( _____ )		
紹介状(情報提供書)をお持ちですか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある		

下記の該当する項目に☑チェックをお願い致します。

<p><b>*いつから どのような症状がありますか？</b></p> <p>・どちらの眼ですか <input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼 <input type="checkbox"/>両眼</p> <p>・症状はいつごろからですか ( _____ 日前から・ _____ カ月前から・ _____ 年前から)</p> <p>・どのような症状がありますか？</p> <p>( _____ )</p>
<p>・眼科で現在使用している内服、点眼薬があれば教えてください。 <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある( _____ )</p>
<p><b>*今までに眼の手術を受けたことがありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある [ <input type="checkbox"/>白内障 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>レーザー <input type="checkbox"/>斜視 <input type="checkbox"/>その他 ( _____ ) ]</p>
<p><b>*眼科以外の病気はありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある [ <input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>高血圧・脂質異常 <input type="checkbox"/>脳疾患</p> <p><input type="checkbox"/>その他( _____ ) ]</p>
<p><b>*アレルギーがありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある [ 薬剤 ( _____ ) 食物 ( _____ ) アトピー・花粉・喘息・その他 ( _____ ) ]</p>
<p><b>*コンタクトレンズを使用していますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (ハード・ソフト・使い捨て)</p>
<p><b>*女性の方に</b></p> <p>・現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>
<p><b>*当院をどの様にして、お知りになりましたか。該当すべてに☑をお願い致します。</b></p> <p><input type="checkbox"/>家族・知人の紹介( _____ 様) <input type="checkbox"/>他医院の紹介( _____ )</p> <p><input type="checkbox"/>インターネット(クリニックのホームページ 東京ドクターズ 病院ナビ ドクターズファイル)</p> <p><input type="checkbox"/>駅看板等(駅名 都電 三ノ輪橋駅 荒川一中前 車内放送 日比谷線 三ノ輪駅)</p> <p><input type="checkbox"/>家が近所 <input type="checkbox"/>通勤・通学経路</p> <p><input type="checkbox"/>その他 [台東区役所 台東区生涯学習センター]</p>

※記載いただいた情報は、個人情報保護法に基づき、医療以外の目的で使用しないことを約束します。

菅原眼科クリニック