

診察申込書

年 月 日

ふりがな				男・女	ご職業	
お 名 前						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
現 住 所	〒 ー					
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				☐ ない ☐ ある		

下記の該当する項目に☑チェックをお願い致します。

*いつから どのような症状がありますか？	
・どちらの眼ですか	☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 両眼
・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)
・どのような症状がありますか？	()
・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。 ☐ ない	
☐ ある()	
*今までに眼の手術を受けたことがありますか？ ☐ ない	
☐ ある [☐ 白内障 ☐ 緑内障 ☐ レーザー ☐ 斜視 ☐ その他 ()]	
*眼科以外の病気はありますか？ ☐ ない	
☐ ある [☐ 糖尿病 ☐ 心疾患 ☐ 高血圧・脂質異常 ☐ 脳疾患	
☐ その他()]	
*アレルギーがありますか？ ☐ ない	
☐ ある [薬剤 () 食物 () アトピー・花粉・喘息・その他 ()]	
*コンタクトレンズを使用していますか？	
☐ いいえ ☐ はい (ハード・ソフト・使い捨て)	
*女性の方に	
・現在妊娠していますか？ ☐ いいえ ☐ はい ・授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ はい	
*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。	
☐ 家族・知人の紹介(様) ☐ 他医院の紹介()	
☐ 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)	
☐ 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)	
☐ 家が近所 ☐ 通勤・通学経路	
☐ その他 [台東区役所 台東区生涯学習センター]	

※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