

診察申込書

年 月 日

ふりがな			
お名前		男・女	ご職業
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日
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>*いつから どのような症状がありますか？</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 ・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？ ()</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 <input type="checkbox"/>ある()</p>
<p>*今までに眼の手術を受けたことがありますか？ <input type="checkbox"/>ない <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>*眼科以外の病気はありますか？ <input type="checkbox"/>ない <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 <input type="checkbox"/>その他()]</p>
<p>*アレルギーがありますか？ <input type="checkbox"/>ない <input type="checkbox"/>ある [薬剤 () 食物 () アトピー・花粉・喘息・その他 ()]</p>
<p>*コンタクトレンズを使用していますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい (ハード・ソフト・使い捨て)</p>
<p>*女性の方に ・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>*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。</p> <p><input type="checkbox"/> 家族・知人の紹介(様) <input type="checkbox"/> 他医院の紹介 <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) <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) <input type="checkbox"/> 家が近所 <input type="checkbox"/> 通勤・通学経路 <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

診察申込書 No.2

新型コロナウイルス感染予防のため、以下の質問への回答にご協力ください。

発熱	あり	なし
風邪症状 (咳、のどの痛み、鼻水・鼻づまり、頭痛)	あり	なし
強いだるさや息苦しさ	あり	なし
味や匂いの異常	あり	なし
過去 14 日以内の海外渡航歴	あり	なし
ご家族や職場に発熱や風邪症状の方	あり	なし

※ 症状があつて、お薬を服用している場合も含みます。

上記症状に該当する場合、受診をご遠慮いただく場合もございます。
何卒、ご理解の程、よろしく願いいたします。

ご協力ありがとうございました

※ この診察申込書は厚生労働省等の資料を参考に作成しています

以上