

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	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>*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。 <input type="checkbox"/>家族・知人の紹介(様) <input type="checkbox"/>他医院の紹介() <input type="checkbox"/>当院のホームページをみて →検索ワード() <input type="checkbox"/>東京ドクターズをみて <input type="checkbox"/>病院なびをみて <input type="checkbox"/>ドクターズファイルをみて <input type="checkbox"/>駅看板等 (駅名 <input type="checkbox"/>都電・三ノ輪橋駅 <input type="checkbox"/>荒川一中前 <input type="checkbox"/>車内放送 <input type="checkbox"/>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 ()</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

問診表

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。

1. 風邪の症状(せき・くしゃみ)や発熱(37.5度以上)がある(解熱剤を飲み続けなければ

ならないときを含みます)

はい

いいえ

2. 強いたるさ(倦怠感)や息苦しさ(呼吸困難)がある

はい

いいえ

3. 2週間以内に海外渡航歴がありますか

はい

いいえ

4. 最近コロナウイルス感染者と接触しましたか

はい

いいえ

ご協力ありがとうございました。

*この問診票は厚生労働省が発表している新型コロナウイルスに関する Q&A などに基づき

作成しています

以上