

診 療 申 込 書 (太枠内を記入して下さい)

受 付

申込年月日	年 月 日	カルテNo.	
-------	-----------------	--------	--

これまでに当院を受診したことがありますか	はい ・ いいえ
----------------------	----------

受診希望科に○印	眼科	産婦人科	内科	健診科
----------	----	------	----	-----

外傷による受診の方はご記入ください	仕事中的おケガですか	はい ・ いいえ
	通勤中的おケガですか	はい ・ いいえ
	交通事故ですか	はい ・ いいえ

フリガナ				男性 女性
氏 名	(旧姓)			
生年月日 (西暦可)	大正 昭和	年 月 日生 (歳)	平成 令和	
現住所	〒 -			
電話番号	() -			
携帯番号	- -			

産婦人科受診かつ該当される方はご記入ください。

里帰り先	〒 -	() 様方
住 所		
電話番号	() -	

* 保険証をお持ちでない方は自費扱いとなります。

* ご記入後は、保険証・福祉や高齢者受給者証等を添えて総合受付へご提出ください。

* 紹介状は受付後、各診療科窓口にてご提出ください。

眼科問診票

お名前

年齢

歳

① 本日 来院された理由をお書きください。

どちらの眼（ 右 ・ 左 ・ 両 ）

視力低下、かすんで見える ・ ゆがんで見える ・ 充血、痒み ・ 目やに
痛み ・ 健診 ・ 飛蚊症 ・ 白内障手術希望

その他 }

その症状はいつ頃からですか。 （ ）

② 今まで目の病気になったことがあれば、その病名と治療法をお書きください。

病名： （ ）

治療： 薬（ ） ・ レーザー ・ 手術 ・ その他

③ 現在 治療中の病気、以前かかった病気や手術歴があればお書きください。

病 名	いつ頃	通院先と治療薬（分かれば記載）
高血圧		
糖尿病		<input type="checkbox"/> 糖尿病手帳を持っている)
心疾患		
喘息		
癌		<input type="checkbox"/> TS1 を服用している)
その他		

⑤ アレルギーはありますか（点眼薬のアレルギーもあればお書きください）。

ない ・ ある（ ）

⑥ 現在 コンタクトを装用していますか。 （ している ・ していない ）

⑦ ほかの病医院からの紹介状をお持ちですか。 （ ある ・ ない ）

⑧ 本日の来院手段として、車・バイク・自転車等をご自身で運転されましたか。

はい ・ いいえ

書き終わりましたら お声かけするまでお待ちください。