

# 診療申込書

はじめて来院された方へ

20 年 月 日

下記のすべての項目について記入もしくは○で囲んでください。

大船田園眼科

|      |      |    |     |               |   |   |    |
|------|------|----|-----|---------------|---|---|----|
| ふりがな |      | 年齢 | 男・女 | 昭・平・令<br>(西暦) | 年 | 月 | 日生 |
| 氏名   |      |    |     | 被保険者(世帯主)との続柄 |   |   |    |
| 住所   | 〒    |    | 電話  | (自宅) ( )      |   |   |    |
|      |      |    |     | (携帯) - -      |   |   |    |
| 職業   | 勤務先名 |    | 電話  | ( )           |   |   |    |

1. 受診した理由をなるべく詳しくお書き下さい。

---

---

---

---

2. 具合がわるいのはどちらの目ですか？ 右眼, 左眼, 両眼

3. いつごろからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

4. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない      ある      わからない

5. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない      ある(薬品名) → \_\_\_\_\_

6. 今まで目の病気をしたことがありますか？

ない、      ある (どんな病気でしたか \_\_\_\_\_)

(いつ頃 \_\_\_\_\_)

7. 今までお体の病気にかかったことがありますか？○で囲んでください。

ない、      ある→(高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・脳疾患)

(リウマチ・喘息・花粉症・その他 \_\_\_\_\_)

8. 女性の方にうかがいます

・妊娠していますか      いいえ,      はい(      カ月),      可能性あり

・現在授乳中ですか      いいえ,      はい