

# 清澤眼科医院 診察申込書

ふりがな

氏名

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 (満 歳) 性別 男・女

住所 〒 都 道 区 市  
府 県 町 村

電話 ( ) — 携帯 ( ) —

本人の職業 ( )

本日の交通手段をお選びください 電車・バス・自転車・車・バイク・徒歩・その他

1 どうされましたか? ( 右眼・左眼・両眼 ) いつ頃からですか? ( ) より)

・見えづらい ・かすむ ・痛い ・かゆい ・赤い ・乾く ・めやに ・涙が出る  
・ごごろする ・まぶしい ・はれている ・黒いものが見える ・眼が疲れる  
・まぶたがピクピクする ・検診にて受診するよういわれた ※本日結果がありましたら受付へお出し下さい  
・その他の症状 ( )

仕事のお怪我ですか? ( いいえ・はい )

2 日頃、眼鏡をお使いですか? ( いいえ・はい )

3 日頃、コンタクトをお使いですか? ( いいえ・はい )

4 本日、眼鏡合わせやコンタクト合わせをご希望ですか? ( いいえ・はい )

眼鏡 ( 近方用・遠方用・遠近両用 )

コンタクト ( はじめて・1日使い捨て・2週間使い捨て・1ヶ月使い捨て )

現在使用のコンタクト名 ( )

※眼鏡合わせは曜日指定の予約制の為、当日出来ない場合がございます。  
※コンタクトレンズで希望のメーカー等がある方は受付まで最初にご相談ください。

5 今までにかかった病気、けが、手術(いつしたか、部位)をご記入ください。

いいえ はい → 高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病  
その他 ( )

6 アレルギーはありますか?

いいえ はい → 花粉症・ぜんそく・アトピー・その他 ( )

7 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか?

いいえ はい → どのような薬でしたか? ( )  
→ どうなりましたか? ( )

8 現在飲んでいるお薬や、目薬はありますか? ※お薬手帳があれば受付で一度お預かりいたします。

いいえ はい → どのような薬ですか? ( )

9 現在、妊娠中や授乳中ですか?

いいえ はい → 妊娠中 ( )週 わからない 授乳中

10 清澤眼科医院をどこで知りましたか?

インターネット・紹介 ( ) ・通りがかり・その他 ( )

11 当院から医療情報を郵送することがありますが、よろしいでしょうか? ( いいえ・はい )