

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
・ごろごろする ・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 ()

仕事中的お怪我ですか? (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 ()

※コンタクト・眼鏡合わせは、眼の症状によって当日処方出来ない場合もございます。

※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)