

日付

ID

@@@

診察申込書

ふりがな		男 女	職業
氏名			
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	
現住所	郵便番号 □□□-□□□□		
電話	(自宅) ()	(携帯) ()	
希望するご連絡先: ご自宅 ・ 携帯 ・ 会社 ()			
*当院をどちらでお知りになりましたか? 知人の紹介 ・ ご家族の紹介 ・ インターネット ・ 電話帳 ・ 通りがかり ・ 近所 ・ 広告 タカキョー ・ 他施設からのご紹介 () その他 ()			
*来院の目的 どのような症状がありますか 右眼 左眼 両眼 いつから () よく見えない かすむ 疲れる かゆい 痛い はれた 充血 出血 涙 めやに 異物感 目が乾く 黒点・糸くず様のものが見える 糖尿病による検診 学校検診 (用紙) コンタクト処方箋希望 眼鏡処方希望 健康診断再検査 その他(下記にご記入下さい)			
*飲んでいる薬はありますか? なし ・ あり()			
*眼科以外の病気がありますか? なし ・ あり (糖尿病、高血圧、高脂血症、不整脈、喘息、心疾患)			
*今までに眼の手術を受けたことがありますか? なし ・ あり(白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜レーザー ・ レーシック ・)			
*薬・注射・食物アレルギーがありますか? なし ・ あり()			
*眼鏡を使用していますか? NO / YES A、遠見用 B、近見用(老眼鏡) C、遠近両用			
*コンタクトレンズを使用していますか? NO / YES A、ハードコンタクトレンズ B、1日使い捨てソフト C、2週間使い捨てソフト D、その他()			