

# 診療申込書

NO

ふりがな		性別	年齢	電話番号
氏名		男 女	才 ( )	-
生年月日	大 ・ 昭 ・ 平 ・ 令 年 月 日			
住所	〒			
ご職業	・会社員    ・学生    ・主婦    ・フリーター    ・その他			
パソコンなど近見の作業は多いですか？		はい    ・    いいえ		

(1) 目について、以下の症状がありましたら○で囲んでください。

- |                      |     |     |     |          |
|----------------------|-----|-----|-----|----------|
| ① 目が痛い               | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ② 眼がかゆい              | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ③ 目が疲れる              | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ④ 見えにくい              | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ⑤ 眼が充血する             | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ⑥ 目やにが出る             | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ⑦ 目が乾く               | *右眼 | *左眼 | *両眼 | いつから ( ) |
| ⑧ メガネを作りたい。          |     |     |     |          |
| ⑨ コンタクトを作りたい。        |     |     |     |          |
| ⑩ その他・具体的に書いてください( ) |     |     |     |          |

(2) 今までに眼の病気にかかったことがある。

ある      ない

ある方は、どんな病気でしたか？

( )

点眼薬使用の有無

ある    ない ( )

(3) 現在かかっている病気

\*高血圧    \*糖尿病    \*心臓病    \*喘息    \*鼻炎    \*その他 ( )

(4) 今までにアレルギー体質と言われたことがある。

ある      ない

(5) 今までに使った薬で具合が悪くなったことがある。

ある      ない      ( )

(6) 今までに注射で具合が悪くなったことがある。

ある      ない

(7) 妊娠されていれば (      )ヶ月

【アンケートにご協力をお願い致します】

当院にお越し頂いたきっかけを教えてください。

ご家族・友人の紹介    ホームページ    看板    電話帳    医療機関からの紹介

案内カード    新聞医院案内    ポストに入っていた医院案内    その他( )

今後、当院より目の健康に関する情報などをお送りしても宜しいですか？(    はい    ・    いいえ    )

ご協力有難うございました。