

診療申込書

はじめて来院された方へ

平成 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	大・昭・平 年 月 日生
氏名			男・女	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