

# 診 察 申 込 書

医療法人 睦会  
福 井 眼 科

お手数ですが、ご記入をお願いします。

(フリガナ) \_\_\_\_\_

お 名 前 \_\_\_\_\_ 様 ( 男 ・ 女 )

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 才 )

〒 \_\_\_\_\_ 固定電話

ご 住 所 \_\_\_\_\_ 携帯電話

## 1. このたびは、どういうことで来院されましたか？

右目・左目・両目が \_\_\_\_\_ 頃から、  
見にくい ( 遠く ・ 近く ) ・ 疲れる ・ 乾く ・ かゆい ・ 痛い ・ 異物感 ・ 充血 ・ めやに ・ 涙目  
虫や糸くずのようなものが見える ・ 目の検診 ・ 検診でひっかかった ・ メガネ処方 ・ コンタクト処方  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 2. 今までに目の病気をされたことがありますか？

はい ・ いいえ ( 病名: 右 ・ 左 ・ 両 \_\_\_\_\_ 眼科名: \_\_\_\_\_ )

## 3. 過去に治療した、あるいは今治療中の病気がありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肺病 ・ 喘息 ・ アトピー ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 4. 眼科以外のかかりつけ病医院がありますか？

はい ・ いいえ ( 病医院名: \_\_\_\_\_ 主治医: \_\_\_\_\_ )

## 5. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

はい ・ いいえ ( 原因: \_\_\_\_\_ )

## 6. 現在、メガネ・コンタクトを使用していっていますか？

使用していない ・ 使用している (メガネ 遠 ・ 近 ) (コンタクト ハード ・ ソフト )

### ◇コンタクト処方ご希望の方は以下の内容をご確認下さい

ご希望のコンタクトの種類はどれですか？ ( 1Day ・ 2Week ・ ハード ・ 相談 )

本日コンタクト装用されていますか？ はい ・ いいえ (コンタクト初めて)

### ◇現在使用中のコンタクトの情報を記載下さい ( 箱 ・ データお持ちの方 )

右 ( レンズ名 \_\_\_\_\_ ) ( 度数 \_\_\_\_\_ )

左 ( レンズ名 \_\_\_\_\_ ) ( 度数 \_\_\_\_\_ )

## 7. 栄養補助食品(サプリメント)を取り扱っています。説明を希望されますか？ はい ・ いいえ

## 8. 女性の方のみ、お答えください。(治療をするうえで参考にします)

現在、妊娠あるいは授乳していますか？ はい ・ いいえ

## 9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

家族 ・ 知人 ・ 近隣在住 ・ タウンページ ・ クリニックの看板 ・ 道の看板 ・ インターネット  
\_\_\_\_\_ 先生の薦め ・ その他 ( \_\_\_\_\_ )