

診察申込書

医療法人 瞳会
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・検診でひつかかった・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院はありますか？

はい・いいえ (病院名: 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らっしゃいますか？

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()