

診療申込書

ご記入いただきました情報は、個人情報保護法に基づき当院が責任を持って保管いたします

欄は をお願ひします

フリガナ ご氏名		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	オ
ご自宅住所	〒	
電話番号	☎ () -	
携帯番号	☎ () -	
ご勤務先	名称 ☎ () -	
ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> ご家族・ご友人のご紹介 () 様) <input type="checkbox"/> 医療機関からのご紹介 () <input type="checkbox"/> 会社医務室からのご紹介 <input type="checkbox"/> テレビ番組を観て <input type="checkbox"/> 近隣にお住まい・お勤め <input type="checkbox"/> インターネット検索・ホームページ <input type="checkbox"/> 都バス車内アナウンス <input type="checkbox"/> その他 ()	

年 月 日 No. _____

●本日の症状について

いつ頃からですか？ (本日・ 日前・ 週間前・ ヶ月前・ 年前)

どちらの目ですか？ (右目・左目・両目)

どのような症状ですか？ ()

●普段コンタクトレンズの使用はございますか？

はい いいえ

●レーシックなどの屈折矯正手術歴はございますか？

はい いいえ

●現在服用またはご使用中のお薬はございますか？

はい 本日お薬手帳をご持参 受付へお預けください

いいえ 本日お薬手帳なし 下記ご記入ください

お薬名：()

内科 脳外科 整形外科 耳鼻科 皮膚科 泌尿器科

心療内科(精神科) 小児科 婦人科 歯科 その他()

●お薬で気分が悪くなったことや、しっしんが出たことがありますか？

はい お薬名：() いいえ

◎女性の方のみお答えください。

現在妊娠中または妊娠の可能性がある 現在授乳中 なし

No. _____