

初診申し込み書(眼科用)

ID	平成 年 月 日
----	----------

ふりがな			性別	男・女
受診者氏名 (かかられる方)				
生年月日	〒	年 月 日生	歳	
住所				
連絡先	()	-		

質問事項	回答欄
本日はどうされましたか。症状をお聞かせ下さい。	()
どちらの眼ですか。(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)	
いつからですか。	()
現在、メガネを使われていますか？【 はい (遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用) ・ いいえ 】	
今までに眼の病気にかかったことがありますか (はい ・ いいえ)	(白内障 緑内障 網膜剥離(網膜穿孔) 結膜炎 その他(病名):
現在、他の病院にかかっていたり、薬を飲んでいたりしてますか (はい ・ いいえ)	○病名 (高血圧 ・ 心臓病 ・ 糖尿病 ・ 脳卒中 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病) その他: ○いつ頃からですか()
過去に、大きな病気及び入院や手術をしたことがありますか (はい ・ いいえ)	○病名 () ○その際、輸血をしましたか (はい ・ いいえ)
過去に、薬や食品で、湿疹やかゆみ等の症状が出たことがありますか (はい ・ いいえ)	○お薬() ○いつ頃ですか()
アレルギーはありますか (はい ・ いいえ)	アレルギー()
本日は車を運転してみえましたか (はい ・ いいえ)	