

診療申し込み・問診票

年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	男 ・ 女				(歳)
ご住所	〒 -	ご 職 業				
お電話番号	(ご自宅) - -	(携帯等)		-	-	

1. 今日はどうのような症状で来院されましたか？

- 右眼 左眼 両眼 いつ頃から？ _____
見えにくい 目やにが出る 目がかゆい
充血 目が痛い 目がゴロゴロする
目の中に何かが飛んでいる メガネ処方希望 コンタクトレンズ処方希望
検診、人間ドックの結果受診をすすめられた 他院からの紹介 (紹介状 あり なし)
 (その他) _____

2. 眼科にかかれたことはありますか？ ある ない

(病院名) _____ (治療・手術内容) _____

3. 現在、通院中の病院はありますか？ ある ない

- 糖尿病 高血圧症 高脂血症 高コレステロール血症 心臓疾患
喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 前立腺肥大(男性のみ)
 (その他) _____

4. 薬、食べ物などでアレルギーなど異常があったことはありますか？

ある ない (薬、食べ物の名前) _____

5. 【女性の方のみご記入ください】妊娠の可能性はありますか？

妊娠中 (ヶ月) 授乳中

6. コンタクトをご使用ですか？

はい (ハード ソフト 使い捨て (コンタクト名) _____)
いいえ

7. ジェネリック医薬品(後発医薬品)をご希望ですか？

先発品の場合、2024/10/1から診療報酬改定で自己負担が発生する可能性があります。
詳しくは院内掲示をご参照下さい。

はい どちらでも いいえ