

診察申込書・問診票

下記の項目をご記入の上、出力したものを御来院時にお持ち下さい

フリガナ() 生年月日 明治 大正 昭和 平成 令和 年 月 日

氏名() 電話番号()

住所(〒 -)()

患者様の個人情報につきましては、院内で診療に関することのみで利用いたします

[初診料について]

当院では、初めて来院した時、最終来院日より3ヶ月度を越えて来院した場合に

初診での診療となります。(初診料・初診時の基本検査等)

診療の参考となりますので、当てはまる所に記入するか、✓印を付けて下さい

1) 今回はどうされましたか？

右眼 目ヤニ 充血 異物感 流涙 瞼の腫れ 痛い かゆい 黒いものが見える
目がかすむ ゆがんで見える 視力低下 メガネ作成 コンタクト作成
その他()

左眼 目ヤニ 充血 異物感 流涙 瞼の腫れ 痛い かゆい 黒いものが見える
目がかすむ ゆがんで見える 視力低下 メガネ作成 コンタクト作成
その他()

両眼 目ヤニ 充血 異物感 流涙 瞼の腫れ 痛い かゆい 黒いものが見える
目がかすむ ゆがんで見える 視力低下 メガネ作成 コンタクト作成
その他()

2) 症状はいつからですか？()

3) 今まで眼の病気にかかった事や、手術を受けたことはありますか？ (ある ない)

どのような病気ですか？()

使っている薬はありますか？()

4) 現在、お身体の病気で治療を受けていますか？(ある ない)

どのような病気ですか？()

使っている薬はありますか？()

5) 今までに、薬や注射で副作用が出たことがありますか？ (ある ない)

6) 女性の方へ、現在妊娠をされていますか？(ある ない)

7) 医療明細書は発行いたしますか？ (発行する 発行しない)

※医療明細書は発行しなくても、領収書は発行されます

保険証・医療証(お持ちの方のみ)を忘れずにお持ち下さい。