

診療申込票

つじもと眼科 クリニック

TSUJIMOTO GANKA CLINIC

※保険証を添えてお出し下さい。保険証のご提示がないと恐れ入りますが自費扱いになります。

記入日 平成 年 月 日

お名前	ふりがな	明・昭 大・平	年 月 日 生まれ 満()才	男・女
	(〒 -)	TEL - -		
ご住所	TEL - -			
ご職業	※日中の連絡先もご記入下さい。 TEL - -			

今日はどうなさいましたか？

該当する <input type="checkbox"/> にチェックをつけて下さい。 (該当する症状が多数の時は、一番ひどい) 症状の <input type="checkbox"/> を塗りつぶして下さい。	<input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い、重い <input type="checkbox"/> かゆい・痛い <input type="checkbox"/> ゴミが入った <input type="checkbox"/> (近く・遠く)が見にくい <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 黒い物が飛んで見える <input type="checkbox"/> 瞼が腫れた <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> 視力回復訓練 (ワック) <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> (眼鏡・コンタクト)希望 <input type="checkbox"/> その他()
いつ頃からでしょうか？	() 頃から
どちらの目ですか？	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両方
今迄に目の病気をしたことは？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある：病名() いつ頃()
何か身体の病気はおありですか？	<input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 鼻炎 (花粉症) <input type="checkbox"/> 蓄膿 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他()
ご家族で目の病気の方は？	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる：病名()
薬でアレルギーが出たことがありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (薬の名前)
手術(抜歯を含む)をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある (手術名：)
手術に何か支障はありませんでしたか？	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あった(具体的な症状：)
(女性の方へ) 現在、妊娠は？	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない

当医院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> 紹介 <input type="checkbox"/> 折込広告 <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> タウンページ <input type="checkbox"/> その他()
----------------	--