


# 診療申込票 (小児用)

つじもと眼科クリニック

※保険証・医療書を添えてお出してください。保健証のご提示がない場合は恐れ入りますが、自費扱いになります。

ふりがな				平成 年 月 日 生まれ 満 ( ) 才	男・女
お名前 (家での呼び名: )				出生体重・週数 ( ) g ( ) 週 <small>※7才未満のお子様はご記入ください。</small>	
ご住所	〒 - -	都道 府県	市区 町村		
TEL	-	-	携帯TEL 父・母・その他 ( )	-	-
幼稚園 保育園 小学校名					

<b>本日はどうなさいましたか？</b> 該当する□にチェックをつけて下さい。 症状が多数の時は、一番ひどい症状の□を塗りつぶして下さい。	<input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> かゆい・痛い <input type="checkbox"/> 打撲した <input type="checkbox"/> 眼が腫れた <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> その他 ( )	<input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> ゴミが入った <input type="checkbox"/> コロコロする <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> (眼鏡・コンタクト) 希望 <input type="checkbox"/> 目の奥が痛い、重い	<input type="checkbox"/> (近く・遠く)が見にくい <input type="checkbox"/> 視力回復訓練(ワック) <input type="checkbox"/> オルソ
	どちらの目ですか？ <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 両眼 ※右図に症状のある箇所をご記入ください。→	 	
いつ頃からでしょうか？	( ) 頃から	右	左
どなたが気がつきましたか？ その状況もお教えてください。			
今回の症状で他の眼科や医療機関を受診されましたか？	<input type="checkbox"/> はい → 医院名 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ( )		
今回の症状以外で他の眼科を受診されたことはありますか？	<input type="checkbox"/> はい → 医院名 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ( ) いつ頃 ( )		
現在治療・訓練(ワック・アイパッチ)などを行っていますか？ また過去にっていましたか？	<input type="checkbox"/> はい → 医院名 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ 病名 ( ) 治療・訓練内容 ( ) 時期 ( 年 月 ~ 年 月 )		
ご家族(三親等内)の中で眼の病気の方はいらっしゃいますか？	<input type="checkbox"/> はい → 近視・遠視・乱視・弱視・斜視・色覚異常・緑内障 <input type="checkbox"/> いいえ 夜盲症(とりめ)・先天性白内障・その他 ( ) その方との続柄 ( )		
小児科その他の科で加療中あるいは、過去に治療したびょうきはありますか？	<input type="checkbox"/> はい → 病名 ( ) <input type="checkbox"/> いいえ 医院名 ( ) 使用中の薬 ( )		
お薬や食べ物でアレルギーはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ( )		
麻酔を使う手術をしたことはありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (手術名 )		
今までにメガネをつくったことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい → 最初につくったのは ( 歳 ヶ月頃 ) <input type="checkbox"/> いいえ 今のメガネは ( 歳 ヶ月頃 ) 作ったお店の名前 ( ) 現在めがねは (常用している・時々使う・ほとんど使っていない)		

当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> 紹介 ( ) <input type="checkbox"/> 駅広告 <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> 当院HP <input type="checkbox"/> 他のHP ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
---------------	---

ご記入ありがとうございました。問診票を受付へお持ちください。  
 まずは検査からのご案内となりますので、待合にてお待ちください。一度外出される場合は、受付にお申し出ください。