

診療申込書

年 月 日

フリガナ	性別
お名前	男・女
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳)
ご住所	〒 都県 市 区
電話番号	() -

◆眼について、どうなさいましたか。(○で囲んで下さい。)

- ・痛い (右・左) ・充血する (右・左)
- ・かゆい (右・左) ・めやにが出る (右・左)
- ・疲れる (右・左) ・涙が止まらない (右・左)
- ・見えにくい (右・左) ・眼鏡 / コンタクトを作りたい
- ・その他

⇒以上のような症状が () 日・ヵ月・年 前からある

◆今までに眼の病気にかかった事がありますか。

ない ・ ある【 】

◆現在かかっている病気がありますか。

ない ・ ある【 】

※妊娠されている方 (ヵ月)

◆お薬・アレルギーについてお答えください。

- ・現在お薬を飲んでいますか はい ・ いいえ
- ・今までにアレルギー体質と言われた事がありますか はい ・ いいえ
- ・今までに使った薬で具合が悪くなった事がありますか はい ・ いいえ
- ・今までに注射で具合が悪くなった事がありますか はい ・ いいえ

◆コンタクトレンズを使用していますか。

いいえ ・ はい 【使用レンズ： 】