診療申込書　兼　問診票

記入日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明治・大正・昭和・平成 年　月　日（　才）
お名前					
ご住所	〒 電話番号（　－　－　） 携帯電話（　－　－　）				
当院をお選びいただいた理由をお聞かせください	□家族・知人の紹介（紹介者のお名前＿＿＿＿＿＿＿＿様） □自宅・職場の近くだから　□ホームページを見て □看板を見て　□広告を見て　□電話帳 □その他（　）				

①	どうなさいましたか	□眼が痛い　□メヤニが出る □かゆい　□充血する　□かわく □疲れる　□まぶしい　□重い □かすむ　□涙が出る　□ゴロゴロする □見えづらい（急に・徐々に） □何となく不快感がある □虫や糸くずが飛んでいるように見える □検診を受けたい □メガネをつくりたい □コンタクトレンズをつくりたい □検診で（　）と言われた □その他（　）
②	どちらの眼ですか？	右眼　左眼　両眼
③	それはいつからですか？	（　）日前　（　）週間前　（　）ヶ月前
④	キッカケや原因になることはありましたか？	□ない □ある（　）
⑤	現在コンタクトレンズを使用していますか？	□いいえ □はい（ハード・ソフト【1day・2week・その他】）
⑥	過去に眼科にかかられたことはありますか？	□ない □ある　医療機関名（　）　いつ頃（　） 診断名や治療など（　）
⑦	現在かかっている病気はありますか？	□ない　□高血圧　□糖尿病　□心臓病　□不整脈 □リュウマチ　□シェーグレン　□ぜんそく □その他（　） ※通院されている医療機関名（　）
⑧	アレルギーはありますか	□いいえ　□はい（　）
⑨	過去に薬（目薬含む）や注射で具合が悪くなったことはありますか？	□ない □ある　薬名（　）
⑩	現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください	□妊娠中（　ヶ月）　□授乳中

あまの眼科クリニック