

診療申込書

必ず、すべての欄をご記入ご協力お願いします

日付

ふりがな		性別		〒	—
氏名		男・女	住所		
生年月日	大 昭 平 令	年 月 日 才	電話	()	
勤務先 学校名			勤務地		

ご了承いただいた上で右□にチェックをお願いします

当院は労災指定病院ではございません

1) 本日一番お困りの症状を教えてください (受診のきっかけとなった症状)

いつ頃から _____ から どちらの目が 右眼・左眼・両眼

どのような症状ですか

2) 現在、日常生活でお使いのものを○で囲んでください

なし・眼鏡(遠く見る用)・老眼鏡(手元見る用)・遠近両用眼鏡

コンタクトレンズ(ソフト・ハード・オルソケラトロジー) ⇒ 現在(着けている・裸眼)

3) 眼に関する手術をしたことはありますか

ない・ある ⇒ 白内障・緑内障・まぶた・硝子体注射・斜視

右眼・左眼(いつ頃: 病院名:)

レーシックなど、その他あれば()

右眼・左眼(いつ頃: 病院名:)

4) 1日に液晶(パソコン / タブレット / スマートフォン)を見ている時間を教えてください

1日 _____ 時間 仕事・趣味

5) 食べ物や薬剤に対するアレルギーはありますか

ない・ある ⇒ 教えてください()

わからない・調べたい(指先から血を取る簡易検査希望 / 採血して調べてほしい)

6) (点眼や治療の関係上、女性の方のみ) 現在、妊娠・授乳されていますか

いいえ・はい(妊娠 ___ ヶ月)・授乳中

裏面に続く

7) 下からかかったことのある病気に○をつけ、通院中であれば病院名もお書きください
アレルギー性結膜炎・花粉症・喘息・鼻炎・肺疾患・アトピー性皮膚炎
糖尿病・高脂血症・前立腺肥大症・出血しやすい病気・肝臓病・腎臓病
高血圧・心筋梗塞・不整脈・脳梗塞・それ以外(_____)

① 通院中の病院名：_____ 診療疾患：_____

② 通院中の病院名：_____ 診療疾患：_____

③ 通院中の病院名：_____ 診療疾患：_____

定期的な通院はない・定期的に通院しているが病気はない(病院名：_____)

7) 現在使用中のお薬を記入してください(お薬手帳がありましたらコピーをいただきます)

～コンタクトレンズをご使用の方～

1) コンタクト使用歴 _____年

2) 現在使用中のコンタクト

ハード・ソフト・使い捨て(1日・2週間・1ヶ月・その他)

コンタクトの種類・名前 _____ 購入店名 _____

購入してから _____年 _____ヶ月(使い捨ての方は記入不要)

メルプラン加入中の方 会員 No. _____

3) 平均装用時間 _____時間 週 _____日装用

4) 定期診察 定期的に・目の調子の悪い時のみ・1度もなし・ネット購入

5) 最後の定期検査は _____カ月前

6) 現在お使いのコンタクトデータ(わかる範囲でご記入下さい)

	ベースカーブ	度数	サイズ
例	9.00	-1.50	14.2
右			
左			

おつかれさまでした ご協力ありがとうございました