

診療申込書

記入日 年 月 日

ふりがな	_____
お名前	_____ 男 / 女 生年月日 西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 才
住所 〒	- _____
電話番号 (自宅)	_____ (携帯) 本人 / (_____) _____
勤務先・学校・幼稚園・保育園名	_____

●マイナ保険証と通常の保険証、どちらでもご受診いただけます

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願い致します。

●当院は労災指定病院ではございません → ご了承いただける方はチェックしてください

1) 本日も困りの症状を教えてください (受診のきっかけ)

① 一番困っている症状を教えてください

いつ頃から _____ から どちらの目が 右眼・左眼・両眼 が

② 上記以外の症状を教えてください

いつ頃から _____ から どちらの目が 右眼・左眼・両眼 が

2) 日常生活でお使いのものを○で囲んでください

なにも使っていない

眼鏡を使用 ⇒ 眼鏡 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用眼鏡

コンタクトレンズを使用 ⇒ (ソフト・ハード) ⇒ 本日着けて(いる・いない) ・ オルソケラトロジー

3) 眼に関する手術を受けたことはありますか

眼の手術歴はない

白内障 ・ 緑内障 ・ まぶた ・ 硝子体注射 ・ 斜視 ・ レーシック ・ その他 (_____)

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) を見る時間を教えてください

1日 _____ 時間 ⇒ (仕事 / 趣味や遊び / 学習)

裏面に続く

5) 薬剤等に対するアレルギーはありますか

ない・わからない・ある ⇒ 教えてください ()

調べたい ⇒ 指先から血を取る簡易検査希望(6歳以上) / 採血して調べてほしい(15歳以上)

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

7) 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・鼻炎・アトピー性皮膚炎・糖尿病・高脂血症

心不全・心筋梗塞・不整脈・高血圧・出血しやすい病気・肝臓病・腎臓病

喘息・肺疾患・脳梗塞・前立腺肥大症・それ以外(_____)

① 病院名: _____ 病名: _____

② 病院名: _____ 病名: _____

③ 病院名: _____ 病名: _____

毎年人間ドックを受けている どれもかったことはない

8) 市販薬を含め、現在使用中のお薬を記入してください(お薬手帳の提示でも構いません)

～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) レンズのタイプ

使い捨て ⇒ (1日・2週間・1ヶ月)

長期使用 ⇒ (ハード・ソフト) ⇒ 今のレンズの購入時期は () 頃

3) 商品名 () 購入店名 () ・ネット購入)

4) 平均装用時間 1日 ___時間で 週 ___日装用

5) 定期検査 ___ヶ月ごと / 眼の調子の悪いときだけ / 一度もなし

6) 最後の定期検査は ___ヶ月前

7) 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)

	度数
例	-1.50
右	
左	

公式 X



公式 Instagram



ご登録をお願いします。ご協力ありがとうございました。