

# 診察申込書

年 月 日

ふりがな				男・女	ご職業	
お名前						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 ー					
本人連絡先	携帯：		自宅：			
緊急連絡先1	TEL：	(続柄：	氏名：	)		
緊急連絡先2	TEL：	(続柄：	氏名：	)		
紹介状(情報提供書)をお持ちですか		<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある				

下記の該当する項目に☑チェックをお願いいたします。

<p><b>*いつから どのような症状がありますか？</b></p> <p>・どちらの眼ですか <input type="checkbox"/>右眼 <input type="checkbox"/>左眼 <input type="checkbox"/>両眼</p> <p>・症状はいつごろからですか ( 日前から・ カ月前から・ 年前から)</p> <p>・どのような症状がありますか？</p> <p>( )</p>	
<p>・眼科で現在使用している内服、点眼薬があれば教えてください。 <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ( )</p>	
<p><b>*今までに眼の手術を受けたことがありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある〔<input type="checkbox"/>白内障 <input type="checkbox"/>緑内障 <input type="checkbox"/>網膜硝子体 <input type="checkbox"/>レーザー <input type="checkbox"/>斜視 <input type="checkbox"/>その他( )〕</p>	
<p><b>*現在、コンタクトレンズを使用していますか？</b></p> <p><input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい〔ハード・ソフト(1日使い捨て・2週間使い捨て・その他)〕</p>	
<p><b>*アレルギーがありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある〔薬剤( ) 食物( ) アトピー 花粉・喘息・その他( )〕</p>	
<p><b>*現在、通院中の他科の病気はありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ( )</p> <p>〔<input type="checkbox"/>糖尿病 <input type="checkbox"/>心疾患 <input type="checkbox"/>脳疾患 <input type="checkbox"/>腎疾患 <input type="checkbox"/>高血圧 <input type="checkbox"/>脂質異常  <input type="checkbox"/>癌( ) <input type="checkbox"/>喘息・呼吸器疾患 <input type="checkbox"/>心療内科または精神疾患  <input type="checkbox"/>その他( )〕</p>	
<p><b>*現在、他の医療機関で処方されている薬がありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ( )</p> <p>〔お薬手帳は本日お持ちですか？  <input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ(薬剤名： )〕</p>	
<p><b>*過去に、病気で治療や手術を受けたことはありますか？</b> <input type="checkbox"/>ない</p> <p><input type="checkbox"/>ある ( )</p> <p>〔病名： _____ 時期： _____          治療内容： _____          医療機関名： _____〕</p>	
<p><b>*女性の方に</b></p> <p>・現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい ( 週)</p> <p>・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/>いいえ <input type="checkbox"/>はい</p>	

**\*個人情報に関するお願い**

当院では、患者さまの安全を守ること、医療事故を防止することを目的に、患者さまをお名前でお呼び出しいたします。この件につきましてご了承をいただきたく、お願い申し上げます。

承諾する

承諾しない

この用紙のご記入をもって、院内掲示されている診療に伴う同意について理解した上で、当院での診察、投薬、各種検査等に同意されたものとさせていただきます。特別に同意書の提出が必要な検査・処置・手術に対しては原則、書面にて説明を行い同意をいただいた上で治療、診療させていただきます。ご理解とご協力をお願いいたします。