

診察申込書

年 月 日

ふりがな			男 女	ご職業	
お名前					
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日	年齢 歳
現住所	〒 —				
自宅電話番号			携帯番号		
緊急連絡先電話番号(連絡先)			()		
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 チェックをお願い致します。

<p>* いつから どのような症状がありますか？</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。</p> <p><input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない</p>	
<p>* 今までに眼の手術を受けたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> レーザー <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> ない</p>	
<p>* 眼科以外の病気はありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある [<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧・脂質異常 <input type="checkbox"/> 脳疾患] <input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ()</p>	
<p>* アレルギーがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ある [薬剤 () 食物 () アトピー 花粉・喘息・その他 ()] <input type="checkbox"/> ない</p>	
<p>* コンタクトレンズを使用していますか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (ハード・ソフト・使い捨て)</p>	
<p>* 女性の方に</p> <p>・現在妊娠していますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>	
<p>* 個人情報に関するお願い</p> <p>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頂きたく、お願い申し上げます。</p> <p><input type="checkbox"/> 承諾する <input type="checkbox"/> 承諾しない</p>	

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。