

# 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・令	年	月	日	年齢	歳
現住所	〒 ー					
第1連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: _____ 氏名: _____)					
第2連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: _____ 氏名: _____)					
緊急連絡先	Tel: _____ <input type="checkbox"/> 夫 <input type="checkbox"/> 妻 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄 <input type="checkbox"/> 姉 <input type="checkbox"/> 弟 <input type="checkbox"/> 妹 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他( )					
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><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 ・ _____ ヶ月前から ・ _____ 年前から)</p> <p>・どのような症状がありますか？ ( _____ )</p>	
<p>・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"/> レーザー <input type="checkbox"/> 斜視 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) ]</p>	
<p><b>* 眼科以外の病気はありますか？</b> <input type="checkbox"/> ない</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</p> <p><input type="checkbox"/> 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>* 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・使い捨て)</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・授乳中ですか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい</p>	
<p><b>* 個人情報に関するお願い</b></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いただきたく、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。

