

診療申し込み用紙

まつうら眼科

ふりがな		紹介者
氏名		
生年月日	明・大・昭・平・令和 年 月 日生 (才) 男・女	
住所	〒 (-)	電話 ()
勤務先 または 学校名 (連絡先)		電話 ()

該当のものを○で囲んで下さい

※今日、受診される理由はなんでしょうか。必ず記入してください。

右眼 左眼 いつから ()

赤い、めやにが出る、かゆみがある、いたみがある、なみだがでる、かすむ
 疲れ、見にくい、視力検査、コンタクトレンズ希望、めがね希望、できもの
 黒いものがとぶ、眼底検査、その他 ()

- 目の病気にかかったことがありますか。 ある ない
- 目の手術を受けたことがありますか。 ある ない
- 注射をして気分がわるくなったとか、薬をのんで発疹がでたことがありますか。 ある ない
- アレルギー体質といわれたことがありますか。 ある ない
- 内科で「高血圧」との診断を受けたことがありますか。 ある ない
- 内科で「糖尿病」との診断を受けたことがありますか。 ある ない
- 現在治療中の体の病気がありますか。 ある ない
- 女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか。 はい いいえ
- どのようにして当院を知られましたか？

とお通りすがり・知人に聞いて・医師紹介・広告・その他