

診察申込書

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		電話番号 () -	
生年月日	明治・大正 昭和・平成 年 月 日生	年齢	歳
住所	〒		

1) どのような症状で来院されましたか？

- ① 目やにが出る (右眼 左眼)
 - ② 眼が充血する (右眼 左眼)
 - ③ 眼がかゆい (右眼 左眼)
 - ④ 目のかゆみがある方で、花粉症・ハウスダスト等のアレルギー検査を希望しますか？ (はい・相談したい・いいえ)
 - ⑤ 眼がごろごろする・痛い (右眼 左眼)
 - ⑥ 眼が疲れる (右眼 左眼)
 - ⑦ 見えにくい (遠く 近く)
 - ⑧ メガネ・コンタクトレンズを作りたい
 - ⑨ その他 (具体的に書いてください)
- _____
- _____
- _____

2) その症状は、いつ頃からありますか？ () 日位前から

3) 現在、他の病院や医院で治療を受けておられますか？

- ① はい 病名は？ 糖尿病・高血圧・心臓病・ぜん息・鼻炎
その他 ()
- ② いいえ

4) 今までに、アレルギー体質と言われたり、薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

- ① はい 薬の名前 ()
- ② いいえ

宮の前眼科