

# 診療申し込み

平成 年 月 日

フリガナ			性別
お名前	様		男性・女性
ご住所	〒 - 市		
電話番号	( )	生年月日	明治 大正 昭和 平成 年 月 日生

紹介状持参の方は、受付にご提示下さい コンタクトレンズ装用中の方は、受付にお教え下さい。

本日はどのような理由でご来院いただきましたでしょうか？	
いつ頃からでしょうか？	日前から 週前から ヶ月前から 年前から
どちらの目でしょうか？	右目 左目 両目 (右から・左から・同時に)
どのような症状でしょうか？	① 赤い ② 目やに ③ かゆい ④ ゴロゴロする ⑤ 疲れる ⑥ 痛い ⑦ できものがある ⑧ 黒いもの糸くずが飛んで見える ⑨ 乾く ⑩ 見えにくい ⑪ 二重に見える ⑫ 涙がでる ⑬ ゆがんで見える ⑭ コンタクトレンズの相談 ⑮ その他 ( )
今までに目の病気や手術をされたことがありますか？	ない・ある (病名 )
内科的なご病気はございますか？	ない・ある 糖尿病 高血圧 高脂血症 肝機能障害 腎機能障害 透析 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 ヘルペス その他 ( )
現在服用中のお薬はございますか？	ない・ある 副腎皮質ステロイド アスピリン ワーフアリン 免疫抑制剤 その他 ( )
薬や食物などでアレルギーを起こされたことがございますか？	ない・ある イネ スギ ハウスダスト 食物 ( ) お薬名 ( )

耳が聞こえにくいことがありますか？ はい・いいえ

本日、車を運転されて来院されましたか？ はい・いいえ

**以下については、女性の方のみお答えください。**

現在、妊娠していらっしゃいますか？ はい ( ヶ月、可能性がある) ・ いいえ

現在、授乳していらっしゃいますか？ はい・いいえ