

初診申込書

フリガナ		生年月日 西暦・昭和・平成・令和 年 月 日 (才)	性別 男・女
氏名			
住所	〒	電話 () 携帯 ()	

- 杉田眼科本院を受診した事がありますか はい・いいえ (患者番号:)
 ●紹介状は持参されていますか はい・いいえ (医療機関:)

◆気になる症状に3つまで○をつけて下さい

◎どちらの眼ですか 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

眼が赤い ・ 目ヤニが出る ・ かゆい ・ 異物感 ・ 痛い(眼の表面 ・ 眼の奥 ・ 眼の周り)
 目がかたく ・ 涙が出る ・ まぶた(腫れた ・ 下がる ・ ピクピクする) ・ 異物が入った
 視力低下(遠く ・ 近く ・ 全距離) ・ かすむ ・ まぶしい ・ ものが二重に見える
 何かが飛んで見える ・ 見える範囲が狭い
 他科や眼鏡店から受診を勧められた ・ メガネを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい
 健診結果の持参 ・ 紹介状の持参学校健診(用紙持参 有 ・ 無) ・ 区健診
 定期的な診察にて来院 その他 ()

◎その症状はいつからですか 本日 、 日前、 週間前、 ヶ月前、 年前

◎現在メガネ(老眼鏡) ・ コンタクトは使用していますか メガネ ・ コンタクト ・ 無

◎現在 通院中の病院(眼科・他科)はありますか はい・いいえ
 (病院名)

◎全身的な病気はありますか はい・いいえ
 糖尿病(HbA1c) ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病(透析 有 ・ 無) ・ 喘息
 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 肺結核 ・ 前立腺肥大 ・ その他() ・ 妊娠中

◎今までに眼の病気、または手術をしたことがありますか はい・いいえ
 (病名) (年頃)
 白内障手術 ・ LASIK ・ その他() (病院名)

◎内服薬や消毒薬で発疹などアレルギーが出たことはありますか はい・いいえ
 お薬の名前

◎本日は何で来院されましたか 徒歩 ・ 自転車 ・ 車

◎診察の後、右記のご予定はありますか 車の運転・細かい作業・特になし