

@@@

日付

診察申込書

ID

ふりがな		男 女	職業	
氏名				
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日
現住所	郵便番号 □□□□-□□□□			
電話	(自宅) ()	(会社)	()	
希望するご連絡先： ご自宅 ・ 会社 ・ 携帯				
*当院をどちらでお知りになりましたか？ 知人・友人の紹介・ご家族が通院中・インターネット・電話帳・鈴木耳鼻科眼科より 他施設からのご紹介() ・その他()				

下記の質問にお答えください

<p>*来院の目的 どのような症状がありますか</p> <p>右眼 左眼 両眼</p> <p>よく見えない かすむ ぼやける 物が二重に見える 物がゆがんで見える 疲れる 痛い まぶたがはれている かゆい 充血している 目やにがでる 涙がでる ゴロゴロする 乾いた感じ まぶしい 黒い点が見える 糸くず様のものが見える コンタクト処方箋希望 眼鏡処方希望 その他 (下記にご記入下さい)</p>
<p>*眼科以外の病気がありますか？</p> <p>なし ・ あり ()</p>
<p>*今までに眼の手術を受けたことがありますか？</p> <p>なし ・ あり (白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜レーザー ・)</p>
<p>*薬・注射・食物アレルギーがありますか？</p> <p>なし ・ あり ()</p>
<p>*コンタクトレンズを装着していますか？</p> <p>NO YES → 問題なく使用している 中断している → なぜ中断しましたか？ (度数が合わない・痛い・その他) (具体的に:)</p>
<p>*使用しているコンタクトレンズ</p> <p>A、ハード B、1日使い捨てソフトコンタクト F、従来型ソフトコンタクト C、2週間使い捨てソフトコンタクト G、定期交換(2ヶ月~6ヶ月)ソフトコンタクト D、1ヶ月使い捨てソフトコンタクト H、カラーソフトコンタクト E、1週間連続装用使い捨てソフトコンタクト I、度数のないカラーコンタクト</p>