

診療申込票

眼科

お名前前	ふりがな	大・昭	年	月	日	生まれ	男・女
		平・令	満	()	才	
ご住所	〒 - -						
連絡先	携帯電話	- -					
	緊急連絡先 (ご家族・ご自宅・お勤め先)	- -					
マイナンバー保険証による診療情報取得に同意されましたか？		<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ				
<p>本日はどうなさいましたか？</p> <p>該当する項目の <input type="checkbox"/> に チェック✓をつけて下さい。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>※ 症状が多数の時は一番強い症状の<input type="checkbox"/>を塗りつぶして下さい</p> </div>		<input type="checkbox"/> 目が赤い	<input type="checkbox"/> めやにが出る	<input type="checkbox"/> まぶたが下がってきた			
		<input type="checkbox"/> 涙が出る	<input type="checkbox"/> コロコロする	<input type="checkbox"/> まぶたが腫れている			
		<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 目が乾燥する	<input type="checkbox"/> できもの			
		<input type="checkbox"/> 逆まつげ	<input type="checkbox"/> まぶしい	<input type="checkbox"/> 目が疲れる			
		<input type="checkbox"/> 目の奥が痛い・重い	<input type="checkbox"/> 頭が痛い	<input type="checkbox"/> 物が二重に見える			
		<input type="checkbox"/> 見え方がおかしい (かすむ・ゆがむ・暗い)	<input type="checkbox"/> 打撲した				
		<input type="checkbox"/> 黒い影や糸くずのようなものが見える	<input type="checkbox"/> 光が走る				
		<input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望	<input type="checkbox"/> コンタクト処方希望 (初めて・過去に使用)				
		<input type="checkbox"/> 健診希望	<input type="checkbox"/> その他 ()				
どちらの目ですか？		<input type="checkbox"/> 両方	<input type="checkbox"/> 右	<input type="checkbox"/> 左			
いつ頃からですか？		() 頃から					
普段眼鏡を使用していますか？		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している → () 頃作成 (遠く用・手元用・遠近両用・パソコン用)				
普段コンタクトレンズを使用していますか？		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> している → (ソフト・ハード) レンズ名 () 度数 (右/ 左/)				
目の病気をしたことは？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (病名:) いつ頃:)				
病気や手術をしたことがありますか？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> 高血圧	<input type="checkbox"/> 糖尿病	<input type="checkbox"/> アトピー		
		<input type="checkbox"/> 心臓病	<input type="checkbox"/> 花粉症	<input type="checkbox"/> ぜんそく			
		<input type="checkbox"/> 甲状腺	<input type="checkbox"/> その他 ()				
		(手術名:)		いつ頃:)			
服用中のお薬は？ (マイナンバー保険証による情報提供に同意された方は省略)		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)				
薬でアレルギーが出たことは？		<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある (薬の名前:)				
(女性の方へ) 現在、妊娠・授乳は？		<input type="checkbox"/> していない	<input type="checkbox"/> 妊娠中・授乳中	<input type="checkbox"/> 可能性がある			

