

初診受付票・問診票

(受付へお出し下さい)

ふりがな:	(枠内は必ずご記入下さい)		
受診者氏名:	年齢:	歳	男・女
生年月日: 1明・2大・3昭・4平	年	月	日生
住所: 〒	被保険者との関係 ()		
電話: ()	—	携帯電話: ()	—
勤務先・学校:	電話: ()	—	

※コンタクト着用の方は検査前に必ずはずして下さい。(コンタクト定期検査の方は除く)

来院目的: ○をつけて下さい

1. 主症状: 右・左・両(同時・ずれて)

赤い・目やに・痒み・涙・ごろごろ・痛み・乾燥
腫れ・飛蚊症・視力低下・ぼやける・だぶる
健康診断や学校で受診を勧められた

その他具体的に:

いつから:

2. メガネの処方箋希望(検査が別途必要です)

(処方箋作りたい ・ 処方箋作らなくていい)

3. コンタクト診療

希望 (あり ・ なし)

・角膜内皮検査(コンタ外歴長い人/保険外)

希望 (あり ・ なし)

※コンタクトレンズは原則として、3カ月おきの検査と3カ月分の処方となっております。ご了承ください。

4. 白内障手術希望

希望 (あり ・ なし)

5. その他の検査希望

()

今までの病気: ○をつけて下さい

1. 目の病気 無・有()

2. 目の手術 無・有()

3. レーザー 無・有()

4. 散瞳検査(瞳孔を広げる検査) (無・有)

5. 体の病気:()

6. 糖尿病 (無・有・不明)

7. アレルギー (無・有)

8. 血圧 (正常・高い・低い・不明)

9. 合わない薬 無・有()

10. 車、バイク、自転車運転で来院 (はい いいえ)

※女性の方へ

現在 妊娠 (有・無・わからない)

かかりつけ医:

医院・病院

科

先生 病気

医院・病院

科

先生 病気

参考:

1. 何で当院を知りましたか?: 友人家族()・ホームページ・スマートフォン・看板・電話帳・広告誌・ドクターズファイル・バス

2. 仕事・趣味:

3. 自由欄: