

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 (コンタクト歴長い人/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か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 (当院は先進医療認定施設)
希望 (あり ・ なし)

※ (「あり」と回答の方) 先進医療保険の加入
(あり ・ なし ・ 分からない)

5. 多焦点眼内レンズを希望する (自由診療)
(あり ・ なし ・ 分からない)

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・分からない)

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 :