

診 察 申 込 書

ふりがな
氏 名

(男・女)

生年月日 明治
大正
昭和
平成 年 月 日 (満 年 ヶ月)

住 所

電話番号 (— —)

本人の職業

紹介者

— 下記もご記入下さい —

◆ 主な症状に○をおつけ下さい。 (右眼・左眼・両眼)

充血・目やに・流涙・かゆみ・異物感・めばちこ・打撲・外傷・眼痛
視力検査・視力傷害・かすむ・暗点・眼精疲労・黒い点が見える
コンタクトレンズ希望 (ハード・ソフト) 眼鏡希望・眼底検査希望

◆ 上の症状はいつからありますか。 (日より)

◆ 今までにかかった病気、または手術病名に○をおつけ下さい。

高血圧・糖尿病・膠原病・肝臓・腎臓・心臓

その他 ()

◆ 上の病気はいつからありますか。 (日より)

◆ アレルギー体質、ショック等の経験がありますか。 (あり・なし)

おありの方は該当箇所を○で囲んで下さい。

ピリン剤、サルファ剤、抗生物質 (ペニシリン、ストマイ等)

麻酔薬、血清、ワクチン剤、輸血、ぜんそく、じんましん

鼻炎、その他

◆ 今までに的場眼科で診察を受けたことがありますか。

あ る (平成 年 月) ・ な い

的 場 眼 科