

# 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、令和	年	月	日 歳
住 所	〒	電話	( )	
薬剤による発疹 ( ない ・ ある )				
アレルギーまたは特異体質 ( ない ・ ある )				
<p>今までにかかった病気、今治療中の病気があれば○印をつけて下さい。</p> <p>白内障、緑内障、糖尿病、高血圧、頭の病気、心臓の病気、その他</p>				
現在服用中の薬		妊娠の有 ・ 無		

本日来院された理由に○をつけて下さい。

- 1、目やに 赤い 痛み 腫れ ( 右 左 両眼 )
- 2、かゆみ ( 右 左 両眼 )
- 3、かすみ ( 右 左 両眼 )
- 4、虫のようなものが見える、光が走る ( 右 左 両眼 )
- 5、目が疲れる それはいつ頃からですか？ ( )
- 6、メガネまたはコンタクトレンズを作りたい
- 7、健康診断で ( ) と言われた
- 8、定期健診
- 9、その他