

《初診申込書》

症 状 いつから _____ 両眼・右眼・左眼 _____ _____		
フリガナ	大 生年月日	男 ・ 女
氏名	昭 年 月 日 平	
自宅住所 〒	TEL	()
勤務先	住所	
	TEL	()
職種	事務 ・ 営業 ・ 販売 ・ 技術 ・ 学生 ・ その他()	
以前当院を受診したことがありますか？	① ある (年頃) ② ない→当院をどのようにしてお知りになりましたか？ ・ 知人の紹介 ・ 電話帳 ・ インターネット ・ 看板広告 ・ その他()	
<input type="checkbox"/> 今まで目の病気にかかったことがありますか？ ① ある→どんな病気ですか？ () 手術はしましたか？ はい (年) いいえ ② ない		
<input type="checkbox"/> 現在眼科以外にかかっている病気はありますか？ ① ある→どんな病気ですか？ ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他() ② ない		
<input type="checkbox"/> 薬を飲んで皮膚に発疹ができたことはありますか？ ① ある→薬の名前 () ② ない		
<input type="checkbox"/> 矯正器具は使用していますか？ ① 使用している (眼鏡・コンタクト) ② 使用していない		
<input type="checkbox"/> 現在妊娠中ですか？ ① はい (カ月) ② いいえ		