鎌倉小町通り眼科

診察申込書

日付　　.　　.　　.

ID　　.

ふりがな		年齢	職業	電話番号	
氏名	男・女	才		自宅	
				携帯電話	
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日			会社	
				希望されるご連絡先：自宅・携帯・会社	
現住所	〒　　－				

＊当院をどちらでお知りになられましたか？

知人・友人の紹介　ご家族が通院中　インターネット　電話帳　通りがかり
広告をみて　新聞折り込みをみて　駅の看板をみて
逗子駅前鈴木眼科よりのご紹介　富岡耳鼻科眼科よりのご紹介　戸塚駅前鈴木眼科よりのご紹介
警察病院よりのご紹介
メガネのアイよりご紹介　他施設よりのご紹介（　　）
その他（　　）

＊下記の質問にお答え下さい　**該当項目を○で囲んで下さい。**

①どのような症状がありますか？

（ 右 ・ 左 ・ 両 ）眼が

痛い　かゆい　目やにが出る　充血している　かゆい　白内障手術希望
よく見えない　かすむ　ぼやける　物が二重に見える／ゆがんで見える
疲れる　まぶたが腫れている　涙が出る　まぶしい　視力低下
ゴロゴロする　乾いた感じがする　黒い点が見える　糸くず様のものが見える
その他（　　）

◉コンタクト処方　／　眼鏡処方

②その症状はいつ頃からですか？

（

③いま使っている薬はありますか？

（

④眼科以外の病気がありますか？

なし　・　あり（病名：糖尿病/高血圧/心臓疾患/その他

⑤今までに眼の手術を受けた事がありますか？

なし　・　あり（　白内障/緑内障/網膜レーザー/その他

⑥薬・食物・その他アレルギー性の病気の既往がありますか？

なし　・　あり（

⑦コンタクトを装用していますか？

NO
YES →問題無く使用している
→中断している　→なぜ中断しましたか？
（具体的に：　　）

◉トータルのコンタクトレンズの装用歴：　**ハード（　　）年　　ソフト（　　）年**

◉現在使用しているコンタクトレンズ

A、ハード　（レンズの種類：　　）
B、従来型ソフトコンタクト　（レンズの種類：　　）
C、使い捨てソフトコンタクト（1day,1week,2week,1ヶ月）
（レンズの種類：　　）