

診察申込書

日付

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りましたか？**

- 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
 駅の看板をみて ・ 広告をみて ・ メガネのアイよりのご紹介
 逗子駅前鈴木眼科よりのご紹介 ・ 戸塚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
 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来院目的

(右 ・ 左 ・ 両) 眼が

- 痛い ・ かゆい ・ 目やにが出る ・ 充血している ・ ゴロゴロする ・ 眼が乾く
 よく見えない ・ かすむ ・ ぼやける ・ まぶしい ・ 疲れる ・ 涙が出る
 まぶたが腫れている ・ 重い感じがする ・ 違和感がある
 糸くず様のものが見える ・ 物が二重に見える/ゆがんで見える ・ 黒い点が見える

- 白内障手術希望 ●眼鏡を作りたい ●コンタクトを作りたい
 (初めて ・ 現在使用している ・ 以前使用していた)

その他 ()

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その他、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/レーシック/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 ()

*** コンタクトを使用されている方のみお答えください。**

●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 レンズの度数： R)
 C、使い捨てソフトコンタクト L)
 (1 day, 1 week, 2 week, 1ヶ月)