受診申込用紙・問診票

お手数ですが、以下にご記入をお願いいたします。　　ID: NGOK

ふりがな		性別	生年月日
お名前	様	男性・女性	年　月　日
ご住所	〒 ふりがな		電話番号
			携帯
			ご自宅
ご職業			その他

①　本日はどのような症状で受診されましたか？（該当するものに○をつけてください）

・両目（右から・左から・同時に）　・右目　・左目
・赤い　・目やに　・かゆい　・コロコロする　・痛い　・できものがある
・疲れる　・涙が出る　・乾く　・見えにくい　・黒いものが飛ぶ
・眼鏡コンタクトの相談　・検診　・ドックで指摘　・セカンドオピニオン
・その他（　　）

②　いつ頃からですか？

・今日　・____日前　・____週前　・____ヵ月前　・____年前

③　使用中の目薬はありますか？

・ない　・ある（目薬の名前：　　）

④　今まで目の病気、手術をされたことがありますか？

・ない　・ある（病名：　　病医院名：　　）

⑤　北白川のバプテスト眼科クリニックにかかっておられましたか？

・いいえ　・はい（診察券番号：　　）

⑥　次のような病気をされたことがありますか？

・ない　・糖尿病　・高血圧　・心疾患/不整脈　・ぜん息/呼吸器疾患
・脳神経疾患　・アトピー性皮膚炎　・交通事故　・その他（　　）

⑦　薬や食べ物でアレルギーが出たことがありますか？

・ない　・ある（原因：・造影剤　・薬（　　）・ゴム製品　・食べ物（　　）　・その他（　　））
（症状：気分不良・皮膚の発疹・ショック・その他（　　））

⑧　当院を何でお知りになりましたか

・知人/家族/他院からの紹介（お名前/病院名　　）　・ネット　・近所　・通りすがり
・看板　・チラシ/広報誌　・その他（　　）

※当院は個人情報の取扱に際し細心の注意を払っております。内容につきましては院内掲示を御覧ください。