

# 初診受付票・問診票

(受付へお出し下さい)

ふりがな:	(枠内は必ずご記入下さい)		
受診者氏名:	年齢:	歳	男・女
生年月日: 1明・2大・3昭・4平・5令	年	月	日生
住所: 〒	被保険者との関係 ( )		
電話: ( )	—	携帯電話: ( )	—
※緊急連絡先( )	—	電話: ( )	—

※労災関係及び相手のある事故の方は事前にお申し出ください(ある なし)

※コンタクト着用の方は検査前に必ずはずして下さい。(コンタクト定期検査の方は除く)

来院目的: ○をつけて下さい

<p>1. 主症状: 右・左・両(同時・ずれて)</p> <p>赤い・目やに・痒み・涙・ごろごろ・痛み・乾燥 腫れ・飛蚊症・視力低下・ぼやける・だぶる 健康診断や学校で受診を勧められた その他具体的に: _____ _____ _____ いつから: _____ _____ _____</p>	<p>2. 白内障手術希望(当院は先進医療認定施設) 希望 ( なし ・ あり )</p> <p>3. 多焦点眼内レンズを希望する(自由診療) 相談希望 ( なし ・ あり )</p>
<p>4. コンタクト診療 希望 ( あり ・ なし ) ・角膜内皮検査 (コンタ外歴長い人/保険外) 希望 ( あり ・ なし )</p> <p><b>※コンタクトレンズは原則として、3ヶ月おきの検査と 3ヶ月分の処方となっております。ご了承ください</b></p>	<p>1. 目の病気 無・有 ( )</p> <p>2. 目の手術 無・有 ( )</p> <p>3. レーザー 無・有 ( )</p> <p>4. 散瞳検査歴 無・有</p> <p>5. 体の病気: 無・有 ( )</p> <p>6. 糖尿病 無・有・不明</p> <p>7. アレルギー 無・有・不明</p> <p>8. 合わない薬 無・有・不明</p> <p>9. 血圧 正常・高い・低い・不明</p> <p>10. 車、バイク、で来院(いいえ はい) 自転車含む</p> <p><b>※女性の方へ</b></p> <p>11. 現在 妊娠 無・有・分からない</p>

かかりつけ医(主に内科):

医院・病院 科 先生 病気  
医院・病院 科 先生 病気

## 参考:

1. 何で当院を知りましたか: 友人家族( ) ・ホームページ・スマートフォン・看板・電話帳・広告誌・ドクターズファイル・バス
2. 仕事・趣味:
3. 自由欄: