# とだ眼科　ＷＥＢ初診申し込み書

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | | |
| お名前 | 男　女 | | |
| ご住所 | 〒 | | |
| 電話番号 | | 生年月日 | 明 大 昭 平　　年　　月　　日 |

＊ マルをつけてください

1　あなたの具合がわるいのは？

右眼　・　左眼　・　両眼

眼鏡作成希望　　・コンタクトレンズ処方（受付に声をかけてください）　　・健診

2　どのような症状ですか？

・見えない・かすむ・ぼやける・まぶしい・ゆがんで見える・二重に見える・つかれる

・黒い点がみえる・かけて見える・かゆい・いたい・ごろごろする・かわく・赤い

・はれている・ゴミが入った・目やにが出る・涙がでる

・その他（　　）

3　いつからですか？

（　　）頃より

4　今まで目の病気、手術をした事がありますか？

いいえ　ある（　　いつ頃？　　）

手術（　　いつ頃？　　）

5　目以外の病気で現在（過去）に通院、治療をしていますか？

いいえ　　はい（高血圧　糖尿病　心臓病　腎臓病　喘息　他　　）

6　今までお薬でアレルギーや副作用を起こしたことがありますか？

いいえ　はい（薬名　　症状　　）

7　女性の方のみお答えください

該当なし　　妊娠中（　ヶ月）　妊娠の可能性あり　　授乳中

・　とだ眼科をどのようにして知りましたか？

お知り合い、ご家族から御紹介　　以前に通院　　建物をみて　　電柱看板

駅看板　　電話帳　　インターネット　　バスのアナウンス

その他（　　）

・　診療内容の明細をご希望する場合はマルを記入してください　（　　）

ご協力ありがとうございました