

# 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

1. 主症状: 右・左・両(同時・ずれて) 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: _____ _____
--

2. メガネの処方箋希望(検査が別途必要です) (処方箋作りたい・処方箋作らなくていい)
---

3. コンタクト診療 希望(あり・なし) ・角膜内皮検査(コンタクト歴長い人/保険外) 希望(あり・なし) <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>
---

4. 白内障手術希望(当院は先進医療認定施設) 希望(なし・あり)
5. 多焦点眼内レンズを希望する(自由診療) (なし・あり・相談希望)

今までの病気: ○をつけて下さい	
1. 目の病気	無・有( )
2. 目の手術	無・有( )
3. レーザー	無・有( )
4. 散瞳検査歴	無・有
5. 体の病気:	無・有( )
6. 糖尿病	無・有・不明
7. アレルギー	無・有・不明
8. 合わない薬	無・有・不明
9. 血圧	正常・高い・低い・不明
10. 車、バイク、で来院(いいえ はい) 自転車含む ※女性の方へ	
11. 現在 妊娠	無・有・分からない

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: