

お手数ですがご記入をお願いいたします。

《診療申し込み書 及び 問診票》 ご来院日： 年 月 日

フリガナ			生年月日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様	男・女			(歳)
ご住所	〒	—	電話番号	ご自宅	—	—	
	大阪市			携帯	—	—	
	松原市						
	羽曳野市						

どうされましたか？	右目 左目 両目（右から・左から・同時に） ・見えにくい ・赤い ・目やに ・かゆい ・コロコロする ・痛い ・乾く ・できものがある ・疲れる ・不快感 ・涙が出る ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・その他（ ）
いつごろからですか？	今日から 日前から 週間前から ヶ月前から 年前から
コンタクトレンズまたは眼鏡を使用していますか	はい（ソフトコンタクト・ハードコンタクト・眼鏡） ・いいえ
今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ・ ある 原因： 症状（気分不良・皮膚の湿疹・ショック・その他）
今までに眼の病気、手術をされたことがありますか？	ない ・ ある（病名： ）
右記のような病気をされたことがありますか？	ない ・ ある（糖尿病、高血圧、心臓病、不整脈、喘息、脳梗塞、前立腺肥大症、腎臓病、アトピー性皮膚炎、打撲、交通事故、その他〔 〕）
本日は当院までどのようにしてお越しになりましたか？	・徒歩 ・自転車 ・バイク ・車（自分で運転・乗せてもらってきた） ・バス ・電車 ・その他（ ）
当院をどのようにお知りになりましたか？	・ホームページ ・タウン新聞 ・電話帳 ・車内放送（地下鉄谷町線） ・医院周辺看板 ・駅看板（針中野・今川・矢田・駒川中野・阿部野橋・松原） ・ご紹介（ 様） ・その他（ ）
女性の方にお伺いします。	現在、妊娠されていらっしゃいますか？ はい（ ヶ月） ・いいえ ・わからない 現在、授乳されていらっしゃいますか？ はい ・ いいえ

※当医院における個人情報保護方針について

- ・当院では患者様の個人情報の取扱いに万全の態勢で取り組んでおります。
- ・問診表に記載された個人情報は、当院における医療行為・他院との連携・各種検査・診察費請求
- ・各種ご案内などに利用させていただきます。
- ・診療費の請求業務のため、健康保険証のコピーを取らせていただいております。

ご記入ありがとうございました。