初来院の方

診療申込書

フリガナ		男・女
氏　名	（旧姓　　）	
生年月日	大正・昭和・平成　　年　　月　　日生	
住　所	〒□□□−□□□□	
自宅電話		
携帯電話		
小学生・中学生・高校生・短大/専門学校・大学生・その他		

➢ 以下の項目に☑またはご記入下さい。

① 大きな病気または眼の病気にかかられたことがありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある（いつ頃:　　）
  （どのような:　　）

② 薬・注射、またはゴムによるアレルギーはありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある（薬の名前:　　）

③ 他にアレルギーはありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある → ☐ アレルギー性結膜炎　☐ 花粉症　☐ アトピー
  ☐ 卵、乳製品　☐ その他（　　）

④ ハマノ眼科・ハマノコンタクトからお知らせをお出ししてもよろしいですか?
- ☐ はい
- ☐ いいえ

*上記の個人情報は、ハマノ眼科のカルテ作成と、ハマノコンタクトの管理医療機器販売管理台帳作成及びお知らせの発送に使用します。

ハマノ眼科　　ハマノコンタクト

〈問診票〉

➢ 来院の目的について伺います。
該当する項目に☑を入れて下さい。

1. コンタクトレンズに関すること
- ☐ コンタクトレンズの購入・検査
- ☐ メルスプラン会員
- ☐ 気になる症状がある
  →2のチェック項目へ

2. 目のことで気になることがある
- ☐ 見えにくい
- ☐ ゴロゴロする
- ☐ 痛い
- ☐ 充血している
- ☐ かゆい
- ☐ めやにが出る
- ☐ 涙が出る
- ☐ 疲れる
- ☐ 目が腫れている
- ☐ くもる
- ☐ 乾燥する
- ☐ その他（具体的にお書き下さい）

〔　　〕

➢ コンタクトレンズの経験はありますか?
- ☐ ない
- ☐ ある → 使用しているレンズの種類は
  - ☐ ハードレンズ
  - ☐ 従来型ソフトレンズ
  - ☐ 2週間、1カ月交換
  - ☐ 1日使い捨て
  - ☐ 現在は使用していない

*お使いのコンタクトレンズの外箱やラベルがあればお持ちください。

➢ ハマノ眼科をどのようにしてお知りになりましたか？あてはまる項目に☑またはご記入下さい。

1. 紹介されて知った
- ☐ ご家族・お知り合いの方の紹介
- ☐ ハマノ眼科の医師・職員の紹介
- ☐ 他の医療機関からの紹介

2. インターネットのホームページを見て知った
- ☐ ハマノ眼科・ハマノコンタクトのホームページ
- ☐ メニコンのホームページ（メルスプラン加盟店だから）
- ☐ その他〔　　〕

3. 広告を見て知った　／　広告看板・情報誌・その他〔　　〕

4. 通勤・通学経路途中にあったから

5. その他〔　　〕

＊この診療申込書と健康保険証を眼科受付にお持ち下さい。
＊診療所によって、診療時間や休診日が異なりますので、ご確認の上、来院して下さい。
＊コンタクトレンズの処方箋は発行しておりません。