

# 診療申込書

【個人情報の取扱いに関するご案内】について同意の上、ご記入ください。

フリガナ		男 ・ 女
氏名	(旧姓 )	
生年月日	年 月 日	
住所	〒 -	
自宅電話	- -	
携帯電話	- -	
<p>以下の項目に☑またはご記入ください。</p> <p>①大きな病気または目の病気にかかられたことがありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある (いつ頃： )</p> <p>(どのような： )</p> <p>②薬・注射、またはゴムによるアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある (薬の名前： )</p> <p>③他にアレルギーはありますか？</p> <p><input type="checkbox"/> ない</p> <p><input type="checkbox"/> ある → <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> アトピー</p> <p><input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳製品 <input type="checkbox"/> 金属</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> <p>④ハマノ眼科・ハマノコンタクトからお知らせをお送りしてもよろしいですか？</p> <p><input type="checkbox"/> はい</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ</p>		

### 問診票

ご来院の目的について伺います。  
該当する項目に☑を入れてください。

**コンタクトレンズの処方箋は発行していません**

①コンタクトレンズに関すること

コンタクトレンズの検査・購入

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

\* 具体的な症状に☑を入れてください。

見えにくい                       ゴロゴロする

痛い                                       充血している

かゆい                                       目ヤニが出る

目が腫れている                       疲れる

涙が出る                                   かすむ

乾燥する

その他 (具体的にお書きください)

( )

③コンタクトレンズのご経験はありますか？

ない       ある (どのようなレンズですか？)

ある                       ハードレンズ

従来型ソフトレンズ

2週間・1ヵ月交換レンズ

1日使い捨てレンズ

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。

ハマノ眼科をどの様にしてお知りになりましたか？ 該当する数字を○で囲み、当てはまる項目に☑またはご記入ください。

1. 紹介されて知った

ご家族・お知り合いの方からのご紹介 (ご紹介者名： )

ハマノ眼科の医師・職員からの紹介

他の医療機関からのご紹介 (医療機関名： )

2. インターネットを見て知った

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ください。

\* 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、来院してください。