

# 診察申込票

年 月 日

氏名 (なまえ)	生年月日	大昭平令	年 月 日 才	男女
住所	電話 番			
どんな症状ですか。 ○印をつけて下さい。	右	めやに。充血。涙がでる。かゆい。さかまつげ。		
	左	視力。かすむ。つかれめ。めがねづくり。頭痛。眼痛。まぶしい。ちらちらするものがみえる。コンタクトづくり。		
	両	眼底検査。外傷。ころころする(異物感)。 その他 ( )		
いつから	年前より	月前より	日前より	
薬をのんでジンマシンが出たり唇がはれたことが (アレルギー症状)	ある ( ) ない			
現在、又は今迄にかかった病気	高血圧症 動脈症 糖尿病 心臓病 腎臓病 結核 現在妊娠中			
今迄に当院に来た事がありますか	ある ない			

保険証を添えてお出し下さい。提出がないと自費扱となります。