

# 診療申込票 (眼科ドック用)

つじもと眼科クリニック

記入日 年 月 日

お名前	ふりがな	明・昭 年 月 日 生まれ 大・平 満 ( ) 才	男・女
	(〒 - )		
ご住所	TEL	-	-
	携帯	-	-
	ご職業		

1.眼科ドックや検診を最後に受けたのはいつですか?	<input type="checkbox"/> 3カ月以内・半年以内・1年以内・3年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上受けていない
2.今までに目の病気で診断されたものや処置・手術をされたことはありますか?	<input type="checkbox"/> ある → (1) 該当する病名を囲んでください(複数選択可) 網膜はく離・網膜裂孔・白内障・緑内障・結膜炎・円錐角膜 ドライアイ・ものもらい・眼底出血・糖尿病網膜症・角膜炎 その他( ) いつ頃( )  <input type="checkbox"/> ない  (2) 処置・手術歴(複数選択可) 白内障・緑内障・網膜はく離・眼底レーザー・硝子体注射 近視矯正(レーシック・ICL)・まぶたの手術(眼瞼下垂・ものもらい) その他( ) いつ頃( )
3.何か身体の病気はおありですか?	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 動脈硬化 <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他( )
4.眼以外の手術経験はありますか?(抜歯を含む)	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 手術名( )
5.アレルギーはありますか?	<input type="checkbox"/> ある → 食品名・薬名・花粉・その他 <input type="checkbox"/> ない 詳細( )
6.気になる症状はありますか?	<input type="checkbox"/> 最近視力が落ちた <input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> 暗いところで見えにくい <input type="checkbox"/> 眼が乾きやすい <input type="checkbox"/> 光が眩しい <input type="checkbox"/> かすんで見える <input type="checkbox"/> 健診目的で来た <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい <input type="checkbox"/> 黒い点が見える <input type="checkbox"/> 眼鏡・コンタクトが合わない <input type="checkbox"/> その他( )
7.普段眼鏡を使用していますか? 本日:(持参あり・持参なし)	<input type="checkbox"/> している → (1) 遠く用・手元用・遠近両用・PC用・その他( ) <input type="checkbox"/> していない (2) 作成時期( )頃
8.普段コンタクトレンズを使用していますか? 本日:(装用中・装用なし)	<input type="checkbox"/> している → (1) ソフト1Day・2Week・マンスリー・ハード <input type="checkbox"/> していない 名称( ) 度数(R / L )・不明 使用頻度(毎日・週3.4日・週1日・月2.3回・月1回) 使用場所( )

## 一日の時間の使い方についての質問です

1.生活習慣について	(1) スマホやタブレット等の電子端末を1日に何時間使用しますか？ また、ご自身と電子端末との距離はどのくらいですか	<input type="checkbox"/> スマートフォン ( ) 時間 / ( ) cm <input type="checkbox"/> タブレット ( ) 時間 / ( ) cm <input type="checkbox"/> パソコン ( ) 時間 / ( ) cm
	(2) テレビはどのくらい見ますか	( ) 時間
	(3) 書類はどのくらい見ますか	( ) 時間
	(4) 読書はどのくらいしますか	( ) 時間
	(5) 運転はどのくらいしますか	( ) 時間
	(6) サプリメントは服用していますか	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある 名称 ( )

2.当院をどこで知りましたか？	<input type="checkbox"/> Googleマップ <input type="checkbox"/> インターネット検索 (当院HP・医療情報サイト・その他) <input type="checkbox"/> 駅看板 <input type="checkbox"/> 通りすがり <input type="checkbox"/> ご紹介 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------	---

ご記入ありがとうございました。診療申込票を受付へお持ちください。  
まずは検査からのご案内となりますので、待合にてお待ちください。一度外出される場合は、受付にお申し出ください。

## 注意事項

<p>・眼科ドックは保険の適用外ですので、お支払いは全額自己負担、もしくは企業負担となります。</p> <p>・健康保険は適用されませんので、自費診療になります。</p> <p>・眼科ドックで眼疾患が発見されますと、当院でさらに詳しい検査や治療を受けることができます。その場合は保険診療となります。必要に応じて病院をご紹介致します。</p>
--