

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		
勤務先・学校名		



以下の項目にチェック、またはご記入下さい。

① 今回はどんな症状ですか？

② いつ頃からですか？

③ どちらの眼ですか？

右 左 両

④ 眼以外の病気はありますか？

肝臓病 糖尿病 心臓病 胃腸病

その他 ()

⑤ 以前当院にかかったことがありますか？

(年 月頃)

⑥ アレルギーの有無

有る方 (に対して)

- * 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。
- * 診療時間は曜日によって異なりますので、ご確認の上、来院して下さい。
- * お名前、住所等の個人情報診療目的以外には使用しません。