

初診申込書 兼 問診票

記入日 年 月 日

平熱： °C 本日の体温： °C

フリガナ 氏名			性別 男・女	生 年 月 日	年 月 日 (歳)
住所	〒				
電話番号	①		②		
職種			紹介元		

※マイナ保険証（保険証と紐づけされたマイナンバーカード）をお持ちですか？

はい / いいえ

「はい」の方 → 診療情報取得にご同意いただけますか？ はい / いいえ

1 本日の受診理由 【紹介状：あり・なし】

2 自覚症状の有無 あり / なし ありの方は下記にご記入ください

(1) どちらの眼ですか？ 【 ・両眼 ・右眼 ・左眼 】

(2) いつ頃からですか？ 【 】

(3) どのような症状ですか？

()

3 いままで眼科でレーザー治療や手術を受けたことがありますか？ あり / なし

ありの方は下記にご記入ください

日時	左・右	手術・治療名	病院名
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】
年 月	【 眼	:	】

裏面につづきます

