

# 診療申込書

ご記入いただきました情報は、個人情報保護法に基づき当院が責任を持って保管いたします

□ 欄は✓をお願いいたします

フリガナ ご氏名		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和      年      月      日生	才
ご自宅住所 電話番号	〒 ☎ (      )      —	
緊急ご連絡先	☆お薬や治療について緊急の連絡が必要な場合用に第二連絡先のご記入をお願いいたします。 ☎ (      )      —	
ご勤務先	名称      ☎ (      )      —	
ご来院の きっかけ	<input type="checkbox"/> ご家族・ご友人のご紹介 (      様 ) <input type="checkbox"/> 医療機関からのご紹介 (      ) <input type="checkbox"/> 会社医務室からのご紹介 <input type="checkbox"/> テレビ番組を観て <input type="checkbox"/> 近隣にお住まい・お勤め <input type="checkbox"/> インターネット検索・ホームページ <input type="checkbox"/> 都バス車内アナウンス <input type="checkbox"/> その他 (      )	

水天宮藤田眼科    東京都中央区日本橋蛸殻町 1-39-5  
TEL03-5623-0271    水天宮北辰ビル7階      2019年      月      日      No. \_\_\_\_\_

●本日はどのような症状ですか？

(      )

◎コンタクトレンズご使用の方のみお答えください。

・ レンズ名 (      ) ・ 度数 R (      ) L (      )

●現在服用またはご使用中のお薬はございますか？

□はい →      □本日お薬手帳をご持参 → 受付へお預けください  
                      ↓      □本日お薬手帳なし → 下記ご記入ください

□いいえ      {      お薬名 :      }

●お薬で気分が悪くなったことや、しっしんが出たことがありますか？

□はい →      {      お薬名 :      }

□いいえ      {      }

◎女性の方のみお答えください。

□現在妊娠中または妊娠の可能性ある      □現在授乳中

No. \_\_\_\_\_