

急病センター診療申込書

眼 科

No. _____

受診者	ふりがな		男・女	※受付時間	年 月 日 時 分
	氏名			被保険者 〔保険に加入して いる人の氏名〕	下に緊急連絡先を記載してください
	生年月日	大・平 昭・令 年 月 日 (歳)	同伴者 又は 連絡先	ふりがな	
	住所	〒 —		住所	—
	電話番号	() (携帯 — —)		電話	() (携帯 — —)

来所方法 1. 自家用車(タクシーを含む) 2. 救急車 3. その他

予診表

あなたの治療上大切なことですので、下記の表に○印又は簡単にお答えください。
その他異常なことがあった方は必ず、医師に申し出てください。

当センターで以前に診察を受けたことがありますか。

1. はい………前回受診日 年 月 日ごろ 2. いいえ

かかりつけ又は現在かかっている医師名 医院・病院)

かかっていたらその年月日 年 月 日 その病名

現在の症状(困っている順)を簡単にお書きください。(右眼・左眼)

- 1.
- 2.
- 3.

その症状があらわれたのは 月 日 午前・午後 時ごろ

1. くすりや注射などで、気分が悪くなったり、発疹がでたことがありますか。 お薬手帳の持参(・あり ・なし)	ある	ない
2. ぜんそく、じんま疹、アトピー性皮膚炎等のアレルギーがあったことがありますか。	ある	ない
3. 家族でアレルギー体質の方や大きな病気をされた方がいますか。	ある	ない
4. 以前にかかった病気(手術) []		
5. 1ヶ月以内に予防接種をうけたことがありますか。	ある	ない
6. (女性のみ) 妊娠していますか、あるいは妊娠の疑いがありますか。	ある	ない
15歳以上の女子の場合は、最終月経(月 日)		
7. 本人または同居家族や職場・学校等でインフルエンザや新型コロナの人はいますか。 (状況は)	いる	いない