# ＜きた眼科診療申込書・問診票＞

お申込日：令和　　年　　月　　日

◆施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆生年月日：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

◆キーパーソン様情報：

連絡先：ご自宅＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　携帯電話＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

ご住所：〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　主訴：(例：視力低下、目のかゆみなど）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 既往歴：

□ 糖尿病　：なし・あり（HbA1C＿＿＿＿＿＿＿＿%）

□ 認知症：　なし・あり

□ 高血圧：なし・あり・治療中

□ 治療中の病気：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　これまで（過去に）大きな病気にかかったことはありますか？　（あるかたはご記入ください）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　今までに眼の病気をされたことがありますか？　ない・　ある　病名：＿＿＿＿＿＿＿＿

□　使用中の点眼薬はありますか？　ない・　ある　薬品名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　かかりつけ医療機関：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□　薬や食品のアレルギー　ない・ある（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

□　身体状況：　□自立歩行可　□車いす　□歩行器　□寝たきり　□眼鏡（・あり・なし）

＊当院は診療情報を取得することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

きた眼科クリニック　2026.9