

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	大正	昭和	平成	令和
氏名			年	月	日生	(才)
ご住所	〒						
お電話	ご自宅	-	-	携帯電話	-	-	

※ 紹介状をお持ちの方は事前に受付までお電話をお願いいたします。

1, 本日はどのような症状で受診されましたか。

右眼・左眼・両眼 いつからですか？

症状

2, 眼鏡・コンタクトレンズを使用していますか。

- している 使用していない
 眼鏡 コンタクト
 使い捨て (1Dタイプ・2Wタイプ) ハード
 使い捨てでないソフトコンタクト

3, アレルギー体質や、飲み薬・注射などで具合が悪くなった事がありますか

ある 症状 ない わからない

4, 眼科受診歴はありますか。 ある方 ⇒ 病名をご記入ください。 お薬の処方がありますか。

ある 病名 薬処方： ない ある
 ない

5, 眼科以外で、通院治療及びお薬の処方がありますか。

ある 受診科 薬処方： ない ある
 ない

■ 女性の方にうかがいます。

妊娠していますか はい いいえ 可能性あり
 授乳中ですか はい いいえ

● どのようにして当院を知りましたか。

家族・知人に聞いて 電話帳広告を見て ホームページを見て
 近くだったから 他院の紹介 医院名 その他