

ふりがな			大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和
氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒	電話番号	自宅: 携帯:

1. 本日はどうなさいましたか？あてはまるものに印(☑)を付けてください。

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ( 年 月 日頃から)

- 眼が見えにくい    眼がかすむ    眼が痛い    眼が赤い    眼がかゆい  
 眼がごろごろする    眼がかわく    黒いもの・糸くずのようなものが見える  
 目やにが出る    コンタクトレンズ希望(経験 あり ・ なし)  
 その他( )

2. 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことがありますか？ ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 薬剤名・食物名( )

3. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか？ ( ある ・ ない )

「ある」とお答えの方 病名( )

4. 現在かかっている病気はありますか？あてはまるものに印☑を付けてください。(ある ・ ない )

- 高血圧   年 月頃より   通院中の病院( )  
 糖尿病   年 月頃より   通院中の病院( )  
 結核    腎臓病    心臓病    喘息    癌    脳梗塞    その他( )

5. 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？ ( ある   カ月 ・ 授乳中 ・ ない )

6. 現在、先進医療保険に加入されていますか？ ( している ・ していない ・ わからない )

◇当院をどのようにして、お知りになられましたか？あてはまるものを○で囲んでください。

- ・他院からの紹介
- ・お知り合い(ご家族・ご友人)からの紹介
- ・電話帳を見て
- ・看板を見て ( 場所: )
- ・ホームページを見て
- ・その他 ( )

ご協力ありがとうございました。