

# 《初めて受診される方へ》

年 月 日

ふりがな		生年	大・昭・平
氏 名		月日	年 月 日
		年齢	歳
住 所	〒	電話	自宅
	(マンション、アパート名もご記入願います)		携帯

## 1. どうされましたか？

( )頃から、( 右眼 左眼 両眼)が

視力が落ちた(遠方・近方)

黒いものが飛ぶような気がする

目やにがでる

異物が入った

目が赤い

眼鏡処方ご希望

涙がでる

その他

目が痛い

目がかゆい

疲れ目

( )

## 2. 次の病気にかかったことがありますか？

高血圧 糖尿病 高脂血症 不整脈 狭心症 心筋梗塞 アトピー性皮膚炎

ぜん息 花粉症 リウマチ その他( )

## 3. 体に合わない飲み薬、注射はありますか？

ない ある( )

## 4. コンタクトレンズご使用の方はお知らせください

今レンズを装用している 今は装用していないが普段使っている たまにしか使わない

ご使用のレンズ: ワンデー 2 ウィーク それ以外のソフトレンズ ハードレンズ

## 5. 現在妊娠中または授乳中の方はお知らせください

妊娠中( )ヶ月) 授乳中(1日に )回くらい)

## 6. 当院をお知りになった最初のきっかけは何でしたか？

検索エンジン 病院なび ドクターズファイル 駅の看板 電柱広告 他医療機関の紹介

知人の紹介 通りがかり その他( )

新 横 浜 あ お い 眼 科