

《初めて受診される方へ》

ふりがな		生年 月日	大・昭・平・令 年 月 日
氏 名	男 女	年齢	歳
住 所	〒 (マンション、アパート名もご記入願います)		自宅: 携帯: (お持ちの場合は必ずご記入下さい)
メールアドレス			

★症状をお聞かせください

()頃から、(右眼 左眼 両眼)が

視力が落ちた(遠方・近方)

疲れ目

目やにがでる

黒いものが飛ぶような気がする

目が赤い

異物が入った

涙がでる

眼鏡処方ご希望

目が痛い

その他

目がかゆい

()

腫れ

★今までかかったことのある病気はありますか？

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()

★体に合わない飲み薬、注射はありますか？

ない ある()

★コンタクトレンズご使用の方はお知らせください

本日レンズを装用している 本日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

★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)

★当院をお知りになった最初のきっかけは何でしたか？

Google Google 以外の検索エンジン(Yahoo など) 病院なび ドクターズファイル

他医療機関の紹介 家族、知人の紹介 通りがかり その他()