

ふりがな ()	ご職業	_____	
お名前 _____	男 ・ 女		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ()	年	月 日
郵便番号 〒 _____	電話番号 ()	-	
	携帯番号 ()	-	
ご住所 _____			

- どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)
- 症状はいつからですか？ (日前～ ・ 月前～ ・ 年前～)
- 本日の来院理由は
 - ①見えにくい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤充血 ⑥飛蚊症
 - ⑦二重に見える ⑧物がゆがんで見える ⑨涙が出る ⑩眼鏡を作りたい
 - ⑪その他 ()
 - ⑫コンタクト処方希望 (1Day・2week・ハード) (希望メーカー名:)
※コンタクト処方希望の方へ・・・
当院では基本的にコンタクト処方箋のみお渡しはしていません。
- 本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード) [メーカー名 _____] ・ していない)
- 今までに目の病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (病名: _____)
- 今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (病院名: _____ 薬: _____)
- 病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？
糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ その他 (_____)
(病院名: _____ 薬: _____)
- 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ
はいとお答えの方・・・ (薬品名: _____ 食べ物: _____)
- 診察に何かご希望はございますか？
- 当院を何でお知りになりましたか？ (なるべく御記入をお願い致します。)
他院の紹介 (医療機関名: _____)
知人の紹介 (お名前: _____) 当院スタッフの知人 (_____)
・ 当院ホームページ ・ iタウンページ ・ タウンページ ・ 看板
・ 自宅から近い ・ 職場が近い ・ 通りがかり
・ その他 (_____)