

はじめて来院された方へ

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚 ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。

ふりがな				令和 年 月 日	
お名前	様	男	大・昭・平・令 年 月 日生		
		女	被保険者（世帯主）との続柄		
ご住所	〒			自宅	
				携帯	
緊急連絡先	お名前		間柄		
	ご連絡先	—		—	

1. 症状のある目はどちらですか？ 右眼 左眼 両眼

2. いつ頃からですか？

() から

3. どのような症状ですか？

- 見えにくい（遠く・近く） 二重に見える 黒い点が見える
 疲れる 涙がでる ゴロゴロする
 痛い かゆい 赤い 目やにがでる はれている
 その他 _____

4. 今まで目の病気をしたことがありますか？

ない

ある

どんな病気でしたか？ ()

いつ頃ですか？ ()

5. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

ない

ある

現在内科にかかっていますか？ はい いいえ

高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・喘息

その他 ()

6. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない

ある

花粉症 その他 ()

どんな症状でしたか？ ()

7. 飲み薬、注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない

ある

薬剤名 ()

どんな症状でしたか？ ()

8. 女性の方にうかがいます

妊娠していますか？ いいえ はい (月)

授乳中ですか？ いいえ はい

9. 本日のご来院方法は？

徒歩 自転車 車

10. 当院をどこでお知りになりましたか？

インターネット 人づて 看板 近所 その他 ()

ご記入ありがとうございました