

# 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. コンタクトレンズを使用していますか？

- いいえ  
はい ソフトコンタクト 1 day 2 week ( ) ハードコンタクト

6. 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 ( )

7. 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？ ( )

8. 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？ ( )

9. 女性の方にうかがいます

- 妊娠していますか？ いいえ はい ( )ヶ月  
 授乳中ですか？ いいえ はい

10. 本日のご来院方法は？

- 徒歩 自転車 車 バイク バス 送迎

11. 当院をどこでお知りになりましたか？

- インターネット・ホームページ 知人の紹介 バス広告 回覧板

ご記入ありがとうございました