フリガナ
氏名　　男　女
生年月日　大昭平令　　年　　月　　日
住所 〒　　ー

電話（　　）　　ー　　携帯（　　）　　ー

◎本日の症状をご記入ください。
□両眼　□右眼　□左眼　いつ頃から（　　）
□かすむ　□めやにが出る　□黒いものがちらつく
□みにくい　□充血する　□涙が出る
□まぶしい　□いたい　□かゆみ
□眼が疲れる　□コロコロする　□就学前検診　□３歳半検診
□まぶたが下がり気になる　□その他（　　）　□学校検診　□健康診断

◎本日の来院目的があればご記入下さい。
□白内障手術希望　□めがね処方希望
□まぶた外来希望　□コンタクト処方希望　(□1day/□2week)
□セカンドオピニオン希望　□ロービジョン相談　(□書類記入希望)
□オルソケラトロジー希望(近視矯正)

◎本日はどんな交通手段で、来院されましたか？
□徒歩　□自転車　□電車　□自動車(運転した・しない)　□バイク(運転した・しない)

◎今まで眼科にかかられたことはありますか？
□はい　→ ・白内障　・緑内障　・網膜はくり　・その他（　　）
□いいえ

◎今まで眼科で手術されたことはありますか？
□はい　→ (いつ頃　　)　両眼　右眼　左眼　(手術名　　)
□いいえ　(施設名　　)

◎現在、他の病院・医院で治療を受けていますか？
□はい　→ ・糖尿病　・心臓病　・高血圧　・ぜんそく　・アトピー　・脳梗塞
・透析　・リウマチ　・妊娠中（　　カ月）　・その他（　　）
□いいえ

◎薬のアレルギーについて
□いいえ　□ある　→ 薬名（　　）

◎当院を何でお知りになりましたか？
□家族・知人の紹介　□ホームページ　□看板　□チラシ　□近くを通った
□他の病院・医院の紹介　□その他（　　）

◎他に何かお困りな事がございましたらお書きください。