

フリガナ		電話 番号	自宅
お名前	様 男・女		携帯
生年月日	T・S・H・R 年 月 日		緊急時（続柄： ）
ご住所	〒		

1、本日は、どのような症状でお越しになりましたか。

学校健診 メガネ・コンタクト希望 飛蚊症 目やに 充血
 その他 { }

2、いつ頃からですか どちらの目ですか

年 月 日 右目 左目 両目

3、目の病気や手術をされたことはありますか (はい いいえ)

(右目 左目 両目) 白内障手術 緑内障 レーシック レーザー

4、飲み薬(眼科以外)やサプリメント、目薬を使用していますか (はい いいえ)

薬の名前を教えてください(手帳お持ちの方は提出お願いします)

{ }

5、コンタクトをされていますか? いいえ はい → ハード ソフト (1Day 2Week)

6、現在もしくは今までにかかった病気はありますか (はい いいえ)

糖尿病 高血圧 脳疾患 心臓病 前立腺 喘息 アトピー

その他 { } 医療機関は { }

7、タバコは吸っていますか、又は過去に喫煙していましたか

吸っている 過去に吸っていた(喫煙年数 年) 吸ったことない

8、今まで薬(点眼、飲み薬、造影剤、麻酔など)でアレルギーはありましたか

いいえ はい → ()

9、今後 ご自身の病気や治療のことを一緒に聞いて下さる方はいらっしゃいますか

いいえ はい → 名前() 続柄()

10、当院をどのようにお知りになりましたか

お知り合いの紹介(お名前)・ご家族から(お名前)

病院からの紹介()・ホームページを見て・駅の看板を見て(阪急・JR)

ご近所に(お住まい・通勤・通学)されている・その他 { }