

はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな			
お名前	性別 男 女	TEL 携帯	() ()
住所	□□□-□□□□		

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳

① どちらの目(右目・左目・両目)が いつ()頃からどんな症状ですか？

該当するものを○で囲んで下さい。

赤い・腫れている・目やにが出る・涙が出る・かゆい・痛い・
 ころころする・見えにくい・かすむ・乾く・疲れる・二重に見える・
 虫みたいな物、光、黒い影などが見える・学校検診・目の検診希望・
 めがねの処方希望・コンタクトの処方希望

* その他、気になることがあればお書き下さい。

()

② 本日コンタクトレンズをつけて来ていますか？

はい(ソフト・ハード)・いいえ

③ 今までに大きな目の病気・けが・手術をしたことがありますか？

病気・けが・手術 ()

④ 現在かかっている又は今までかかったことのある病気を、○で囲んで
 ください。

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・胃潰瘍・ぜんそく
 アトピー・ちくのう症・鼻炎・その他 ()

⑤ 飲み薬を飲んでいますか？(内科、外科等含む) …… (はい・いいえ)

薬の名前 ()

⑥ 今までに目薬、飲み薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

(はい・いいえ)

はいの方へ⇒何のアレルギーですか？ ()

⑦ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？※女性の方のみ (はい・いいえ)

⑧ 本日は何で来られましたか？(来院手段)

該当するものを○で囲んで下さい。

徒歩・自転車・バイク・車・バス・電車・その他 ()

この用紙は、当院での医療に関する事にもみ利用させていただきます。

ありがとうございました。



きしもと眼科