

ふりがな			大正・昭和・平成・令和
氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話番号	自宅: 携帯:

1. 本日はどうなさいましたか？あてはまるものに印(☑)を付けてください。

右眼・左眼・両眼 (年 月 日頃から)

- 眼が見えにくい 眼がかすむ 眼が痛い 眼が赤い 眼がかゆい
 眼がごろごろする 眼がかわく 黒いもの・糸くずのようなものが見える
 目やにが出る コンタクトレンズ希望(経験 あり・なし)
 その他()

2. 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことがありますか？ (ある・ない)

「ある」とお答えの方 薬剤名・食物名()

3. 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか？ (ある・ない)

「ある」とお答えの方 病名()

4. 現在かかっている病気はありますか？あてはまるものに印☑を付けてください。(ある・ない)

- 高血圧 年 月頃より 通院中の病院()
 糖尿病 年 月頃より 通院中の病院()
 結核 腎臓病 心臓病 喘息 癌 脳梗塞 その他()

5. 女性の方へ。現在、妊娠中または授乳中ですか？ (はい 力月・授乳中・いいえ)

6. 海外から帰国された方へ。14日間の隔離期間は終わられましたか？ (はい 月 日終了・いいえ)

◇当院をどのようにして、お知りになりましたか？あてはまるものを○で囲んでください。

- ・他院からの紹介
- ・お知り合い(ご家族・ご友人)からの紹介
- ・電話帳を見て
- ・看板を見て (場所:)
- ・ホームページを見て
- ・その他 ()

ご協力ありがとうございました。