

ふりがな _____

氏名 _____

住所 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日

電話番号 _____

日中の連絡先(携帯電話など) _____

当院をお選びいただいた理由

- 家族・知人の紹介(紹介者のお名前 _____ 様)
 自宅・職場の近く ホームページをみて 医院検索サイトをみて
 看板をみて その他()

○異常がある場合それはどちらの眼ですか? 両眼 右眼 左眼

○いつからですか? _____ 前より

○どのような症状で来院されましたか? 気になる事を丸でかこんでください。
・充血 ・かゆみ ・痛み ・異物感(ゴロゴロする等) ・めやに
・はれている ・何か飛んで見える ・涙が出る ・まぶしい ・打撲
・視力低下(遠く・近く) ・メガネ作りたい ・コンタクトレンズ作りたい
・定期検査 ・学校検診で異常あり ・健康診断で異常あり
・その他 []

○今までに目の病気にかかったことはありますか?
なし あり(病名)

○今までに目の手術を受けたことがありますか?
なし あり(白内障 緑内障 網膜剥離 その他→)

○薬のアレルギーはありますか?
なし あり(薬の名前)

○以下の病気があれば丸でかこんでください。
糖尿病 高血圧 心臓の病気 ぜんそく

○現在妊娠中や授乳中の方はお知らせください。
妊娠 ヶ月 ・ 授乳中