

ふりがな ( )	ご職業		
お名前		男	女
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ( )	年	月 日
郵便番号 〒 -	電話番号 ( ) -		
	携帯番号 ( ) -		
ご住所			

- どちらの目の具合が悪いですか？ ( 両目 ・ 右目 ・ 左目 )
- 症状はいつからですか？ ( 日前～ ・ 月前～ ・ 年前～ )
- 本日の来院理由は  
 ①見えにくい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤充血 ⑥飛蚊症  
 ⑦二重に見える ⑧物がゆがんで見える ⑨涙が出る ⑩眼鏡を作りたい  
 ⑪その他 ( )  
 ⑫コンタクト処方希望 (1Day・2week・ハード) (希望メーカー名: )  
 ※コンタクト処方希望の方へ・・・  
当院では基本的にコンタクト処方箋のみお渡しはしていません。
- 本日コンタクト装用 (あり(ソフト・ハード) [メーカー名] ・ していない )
- 今までに目の病気をされたことがありますか？ はい ・ いいえ  
 はいとお答えの方・・・ (病名: )
- 今現在、他の眼科で治療中ですか？ はい ・ いいえ  
 はいとお答えの方・・・ (病院名: 薬: )
- 病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？  
 糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ その他 ( )  
 (病院名: 薬: )
- 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ  
 はいとお答えの方・・・ (薬品名: 食べ物: )
- 診察に何かご希望はございますか？
- 当院を何でお知りになりましたか？ (なるべく御記入をお願い致します。)  
 他院の紹介 (医療機関名: )  
 知人の紹介 (お名前: ) 当院スタッフの知人 ( )  
 ・ 当院ホームページ ・ iタウンページ ・ タウンページ ・ 看板  
 ・ 自宅から近い ・ 職場が近い ・ 通りがかり  
 ・ その他 ( )