

ふりがな

氏名

男・女

職業

生年月日

大・昭・平

年

月

日

年齢

歳

住所

〒

—

電

話

(

)

—

紹介状

有

無

携帯電話

(

)

—

◎本日の来院目的・症状などをご記入ください。

みにくい

いたい

黒いものがちらつく

まぶしい

かゆい

ころころする

涙が出る

めやに

充血

その他(

)

◎現在、眼科で治療を受けていますか？

いいえ

はい →病名(

)

◎当てはまる項目がある方はお答えください。

糖尿病

心臓病(

) 高血圧

喘息

透析(曜日

) 脳梗塞

アトピー

妊娠(

ヶ月) その他(

)

◎薬のアレルギーについて

ある →薬名(

)

ない

◎当院を何でお知りになりましたか？

家族・知人の紹介

当院ホームページ

その他情報サイト

他の病院・医院の紹介

近くを通った

電話帳を見た

その他(

)

※以前に一度でも当院へかかれたことがある方はお知らせください。