

ふりがな

氏名

男・女 職業

生年月日

大・昭・平

年

月

日

年令

才

住所

〒 —

電話 ()

—

紹介状 有・無

◎本日の来院目的・症状などをご記入ください。

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> みにくい | <input type="checkbox"/> いたい | <input type="checkbox"/> 黒いものがちらつく |
| <input type="checkbox"/> まぶしい | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> ころころする |
| <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> めやに | <input type="checkbox"/> 充血 |
| <input type="checkbox"/> 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。

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 () | <input type="checkbox"/> 高血圧 |
| <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 透析 (曜日) | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 妊娠 (ヶ月) | |
| <input type="checkbox"/> その他 | | |

◎薬のアレルギーについて

- ある (薬名) ない

※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