

<病院使用欄>

登録二重チェック

紹介状スキャン

薬情コピー

薬情スキャン

電子カルテ 携帯入力

プロパティOK

ふりがな

氏名

男・女 職業

生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 年令 才

住所 〒 -

連絡先 自宅 - -

携帯電話 - -

紹介状 有・無

◎以前当院で診察を受けたことがありますか？ 無 有 → 年頃

◎具合が悪いのはどちらの眼ですか？ 両眼 右眼 左眼

◎いつ頃からですか？

◎どのような症状ですか？

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 → 病院名・病名

◎眼鏡やコンタクトレンズを使っていますか？

何も使用していない

眼鏡 才から

コンタクトレンズ 才から (ハード・ソフト・使い捨て)

◎今まで眼の手術やレーザー治療を受けたことがありますか？

いいえ

はい → 手術名

◎当てはまる項目がある方はお答えください。

高血圧

糖尿病 才から → 内服薬/インシュリン：有・無

喘息

透析 (曜日)

脳梗塞

アトピー

妊娠 (ヶ月)

授乳中

心臓病 ()

前立腺肥大 → 内服薬：有・無

その他

*「薬剤情報提供書」「薬手帳」などお持ちの方は受付にお出してください。

◎薬や食べ物アレルギーについて

ない

ある → 薬品名・食べ物