

はじめて当院眼科を受診される方へ

平成 年 月 日

ふりがな
お名前 _____ 生年月日 _____
〒 _____ 住所 _____
電話番号 _____

◎ どういう症状がありますか？

めやに ・ 充血 ・ 痛み ・ かゆみ ・ かすみ ・ 乾き

視力低下 ・ つかれ ・ ゴロゴロする ・ 腫れ

検査希望 ・ メガネ希望

その他 ()

◎ どちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

◎ 症状はいつからですか？ ()

◎ 現在、治療中の病気がありますか？ ない ・ ある

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ

その他 ()

◎ 現在、内服中のお薬はありますか？ ない ・ ある

あるかたは何のお薬ですか？ ()

◎ お薬や食べ物、その他のアレルギーはありますか？

ない ・ ある ()

◎ 女性の方のみお答え下さい。

現在、妊娠、または妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある