

お席でご記入願います

記入日 年 月 日

ふりがな		生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日 令和
お名前	様 男・女		
ご住所	〒 - 市	電 話 番 号	ご自宅 FAX あり <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 携帯等 - -

この度は、どういうことで来院されましたか？	(右 ・ 左 ・ 両方) の (目・まぶた) が 日前から 週前から ヶ月前から 年前から 1) 痛い 2) かゆい 3) めやにがでる 4) 充血する 5) 涙がでる 腫れた 6) 乾く 7) 見えにくい (近く・遠く) 8) かすむ 9) ゆがむ 10) 見えない部分がある 11) 疲れやすい 12) 健康診断で右 左 13) 他で眼科受診を勧められた 14) 健康診断で指摘された 15) セカンドオピニオン希望 16) 眼鏡を作りたい 17) その他 ()
今までに目の病気や手術をされたことがありますか？	ない ・ ある (時期 頃) (病名: 受診された眼科名)
現在治療中の病気や服用中のお薬はありますか？	ない ・ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 前立腺肥大 その他 () 受診中の病院名 () 服用中の薬品名 ()
薬・食物・検査アレルギーを起したことがありますか？	ない ・ ある (薬品・食物・検査名:)
コンタクトレンズを使用していますか？	使用していない・ 使用している (ただいま装用中・今は未装用) (メーカー名:)
本日の通院手段はなんですか？	自家用車 (本人運転・同乗) ・その他 ()
当院をお知りになったきっかけはなんですか？	ご紹介 () ・タウンページ・広告 () ・ インターネット(当院ホームページ・iタウンページ・メディカルページ) ・ 看板・通りすがり・その他 ()

web予約をするとしたらどちらを使用しますか？ (スマホ・パソコン)

以下は女性の方のみお答えください

現在、妊娠・授乳中ではありませんか？ (いいえ・はい (妊娠 ヶ月) ・授乳中)

ありがとうございました