

ふりがな

名前:

(男・女)

生年月日: 大・昭・平・令

年

月

日

(歳)

住所:〒

電話:

()

★ 以前に当院に来院したことがありますか? (はい・いいえ)

1. 本日の来院理由は? (○をつけてください)

痛い・めやに・充血・かゆい

視力低下・眼鏡・コンタクトレンズ検査

工作中事故・通勤途中事故・交通事故・学校内事故

上記以外

2. 今までに眼の病気にかかったことがありますか?

はい・いいえ (病名:

3. 現在、他の病気で病院にかかっていますか?

はい・いいえ

4. 現在、薬を使用していますか? (内服・点眼・外用など)

はい・いいえ (薬名:

5. 薬手帳はお持ちですか? (ある・ない・持って来ていない)

6. 今までに病気にかかったことがありますか?

高血圧 (ある・ない)

糖尿病 (ある・ない)

心臓病 (ある・ない)

その他 (ある・ない)

(病名:

7. アレルギーはありますか?

はい・いいえ (薬・食物・花粉:

8. (女性の方へ) 妊娠中(ヶ月)・授乳中

御協力ありがとうございました 小松眼科