



ふりがな		職業	
氏名	男 女	TEL (自宅)	
		TEL (携帯)	
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 生	() 歳
住所	〒		

★ 最近 37.5 度以上の発熱がありましたか？ ない あった (いつ頃?)

(1) どちらの目の具合が悪いですか？ 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼

(2) 今日はどのようなことで来院されましたか？ どのような症状がありますか？ WEB 予約で記載済み

- ① 見えにくい ② かゆい ③ 目が赤い ④ 目やに ⑤ 目が痛い ⑥ 涙が出る ⑦ 目がかわく
 ⑧ 物がかすんで見える ⑨ 目が疲れる ⑩ コロコロする ⑪ ものが入った
 ⑫ メガネ・コンタクトレンズを作りたい ⑬ 検診希望 ⑭ その他 ()

※ メガネ処方箋、コンタクトレンズの処方は予約制です。ご予約なしの方は次回来院時の処方となります。

(3) その症状はいつからですか？ ()

(4) (2) で「⑫メガネ・コンタクトレンズを作りたい」とお答えいただいた方へ

メガネ希望 コンタクトレンズ希望 (初めて ・ 作ったことがある)

(5) 今までに目の病気・手術をされたことがありますか？ はい ・ いいえ

「はい」とお答えの方・・・ 病名 () 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼

(6) 今までに下記の病気にかかったことはありますか？または、現在治療中の病気はありますか？ ない

ある・・・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 脳梗塞 ・ 他 ()

(7) 現在常用中の内服薬および外用薬はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」とお答えの方・・・ 薬品名 ()

(8) 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ ある ・ ない

「ある」とお答えの方・・・ 薬剤名・食品名 ()

(9) 本日はお車を運転されてご来院されましたか？ はい ・ いいえ

(10) 女性の方へお聞きします。 現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

当院にご来院いただいたきっかけを教えてください。

- ①ホームページ ②紹介(知人・医院) ③看板 ④市役所モニター ⑤バス車内放送 ⑥インターネット検索 ⑧その他
 ご記入ありがとうございました。 お手数ですが、書けましたら受付までご提出お願いします。