

フリガナ 氏名	様	電話番号	-	-
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日
男・女				
〒	□□□□	-	□□□□	区・市・町・村
住所	都・道・府・県	市・郡	町・村	

①本日の受診目的				
・ ☒ をつけてください	☐ かゆい ☐ めやに ☐ 涙 ☐ 充血 ☐ 乾燥感 ☐ 異物感 ☐ 痛み ☐ まぶたの腫れ ☐ 飛び物が見える ☐ 見えにくい(ぼやける・白く霞む・ゆがむ・一部欠ける) ☐ その他()			
	☐ いつから ☐ 今日 ☐ 昨日 ☐ () 日前 ☐ 月 ☐ 日頃			
	☐ どちらの眼 ☐ 両眼 ☐ 右眼 ☐ 左眼			

②使用しているコンタクトレンズ				
・種類: ハード ソフト (1Day 2Week) ・本日、装用している ・していない				
・メーカー名		・度数:右 左		

③治療中の疾患や手術歴				
	白内障手術	糖尿病	高血圧症	その他()
いつ頃				
病院名				

④薬のアレルギー	☐ 有	☐ 無
薬品名		

⑤阿波または、あいずみへの受診歴	☐ 有	☐ 無
------------------	----------------------------	----------------------------

○お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします

○妊娠または授乳中の方は、受付にあるカードをスタッフへお渡しください

※当院では、未来の眼科医療に貢献するために、学会報告や論文発表を奨励しております。

そのため、患者様の臨床データを個人を特定できない形にて、使用いたしますことに
ご理解とご同意いただけますようお願いいたします。同意いただけない場合は、スタッフまでお申し出ください。
お申し出がない場合は、同意があったものとして取り扱わせていただきます。

(不同意でも、診療上不利益となることはありません。)