

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

①本日はどのような症状で来院されましたか？

・右の、該当する症状に ✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> かゆい	<input type="checkbox"/> めやに	<input type="checkbox"/> 涙	<input type="checkbox"/> 赤い	<input type="checkbox"/> 充血
	<input type="checkbox"/> 異物感	<input type="checkbox"/> 乾燥感	<input type="checkbox"/> まぶたの腫れ		
	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 飛び物が見える	<input type="checkbox"/> 霞んで見える		
	<input type="checkbox"/> その他()				
・いつからですか？	<input type="checkbox"/> 今日	<input type="checkbox"/> 昨日	<input type="checkbox"/> () 日前	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 日頃
・どちらの眼ですか？	<input type="checkbox"/> 両眼	<input type="checkbox"/> 右眼	<input type="checkbox"/> 左眼		

②本日、コンタクトレンズを装着されてますか？ はい いいえ

・種類は？ ・度数は？

③眼の手術をされたことがありますか？ はい いいえ

・何の手術ですか？

・いつですか？ 年 月

・どちらの病院ですか？

④現在、何かの治療をされていますか？ はい いいえ

・病名は？ 糖尿病 高血圧症 その他()

・いつからですか？ 年 月

・どちらの病院ですか？

⑤薬や食べ物等、アレルギーはありますか？ はい いいえ

・何に反応しますか？

⑥お薬手帳はお持ちですか？ はい いいえ

・本日、お持ちであれば提出してください。

⑦該当すれば✓をつけてください。 妊娠中 授乳中

※患者様の個人情報は、院内の規定において診療の範囲内で使用致します。