

はじめて診察を受けられる方へ

フリガナ

お名前

性別

男
女

TEL
携帯

()
()

ご住所 (〒 -)

生年月日 大・昭・平 年 月 日 () 歳

●以下の質問事項にチェック□または()にご記入をお願いします。(⑦は女性の方のみ)

①本日はどうされましたか。

- 見えにくい 黒いものつぶ ゆがんで見える まぶしい 痛い
充血 乾く 涙が出る まぶたの腫れ かゆい
めやに 違和感(コロコロ) ものが2重に見える
眼の位置がおかしい メガネ・コンタクトレンズ処方希望
その他()

②症状があるのはどちらの眼でいつからですか。

右眼 左眼 両眼 _____ 前から

※本日、コンタクトレンズを装着されていますか。 いいえ はい

③今までに眼の病気または眼の手術をしたことがありますか。

いいえ
はい→病名() いつ頃()

④他に全身的な病気はありますか。

いいえ
はい→高血圧 脳出血 狭心症 肝機能障害 リウマチ アトピー
糖尿病 脳硬塞 不整脈 気管支喘息 癌()
腎臓病 高脂血症 心筋梗塞 前立腺肥大 その他()

⑤現在服用中のお薬はありますか。

いいえ
はい→薬剤名()
どちらの病院で処方されましたか()

⑥今までに薬や注射などで気分が悪くなったり発疹がでるなどのアレルギー症状がありましたか。

いいえ
はい→薬品名()
その他()

⑦現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ いいえ 妊娠中 授乳中

⑧本日は何で来られましたか？(来院手段)

徒歩 車イス 自転車 バイク 車 バス 電車

この用紙は、当院での医療に関する事のみ利用させていただきます。

ありがとうございました。



医療法人

きしもと眼科