

下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

令和 年 月 日

ふりがな	-----	男・女	生年月日	大・昭・平・令
お名前		歳		年 月 日
ご住所	〒		自宅	( )
			携帯	( )

1.本日はどうなさいましたか？

- ・ コンタクトを作りたい
- ・ 見えづらい
- ・ かゆい
- ・ 涙が出る
- ・ その他 ( )
- ・ 眼鏡を作りたい
- ・ 二重に見える
- ・ つかれる
- ・ まぶしい
- ・ 学校検診で指摘を受けた
- ・ 痛い
- ・ 赤い
- ・ 黒い点が見える
- ・ 乾く
- ・ 目やにが出る

2.具合のわるい眼はどちらですか？

右眼 左眼 両眼

3.いつ頃からですか？ ( ) 日・月・年 前より

4.今まで目の病気やケガをしたことがありますか？

ない あり→( )

5.今までにアレルギーと言われたことがありますか？

ない わからない  
あり→( )

6.飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない あり→( )

7.今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

ない  
あり→ ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・リウマチ ・喘息  
・その他 ( )

8.現在、使用中のお薬はありますか？

ない あり→( )

9.女性の方にうかがいます

- ・妊娠していますか いいえ はい( 月) ・可能性あり
- ・現在授乳中ですか いいえ はい

10.こちらの眼科を選んだ理由は何ですか？

- ・当院のホームページ
- ・イオンタウンふじみ野のホームページ
- ・病院検索サイト
- ・その他インターネット検索(Google等)
- ・チラシ
- ・知人のご紹介
- ・看板
- ・通りがかり
- ・その他( )

11.当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。

正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いしております。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい いいえ