

フリガナ ご氏名	男・女	ご来院日	年	月	日
明・大 昭・平		保険証	あり	なし	
ご住所 〒	年生 (歳)	ご勤務先名			
		ご勤務先住所 〒			
電話・ファックス	電話				

今回ご来院の目的、全身状態、今までのご病気などについてお伺いします。医師が直接診察の時に必要に応じてお聞きしますが、あらかじめおわかりになる範囲でお答えいただければ有難く存じます。この表は診療録の一部として保存させていただきます。ご協力有難うございます。 該当する項目に○をおつけください。

当医院のホームページをご覧になった方は○をおつけください。()

1. 症状またはご来院の目的は何ですか。該当する項目すべてに○をおつけください。
 どちらの眼ですか。 ・右眼 ・左眼 ・両眼
 いつ頃からですか。()
 ・めやに ・充血 ・出血 ・かゆみ ・痛み ・まぶたのできもの ・まぶたのはれ
 ・涙が多い ・眼が乾く ・虫が飛んで見える(飛蚊症) ・視力低下 ・眼部外傷
 その他()
 ・メガネの処方(予約制です) ・白内障の手術 ・緑内障の検査 ・眼底検査
 ・コンタクトレンズの作成 (カラーコンタクトレンズ、従来のソフトレンズ、
 及び遠近両用レンズの処方ではできません。ウイנקプラザで取り扱っている
 レンズのみ処方可能です。詳細はスタッフにお尋ねください。)
2. コンタクトレンズをご使用ですか。 ・はい(ハード・ソフト・One Day・2 Weeks・
 1 Month・その他の交換レンズ・カラーコンタクト) ・いいえ
3. 今までに眼の病気をされたことがありますか。 ・ある ・ない
 病名()
4. 次のような病気を経験されたことがありますか。
 ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病 ・肝臓病 ・喘息 ・ない
 上記以外に現在治療を受けている病気はありますか。 ・ある ・ない
 病名：
 いま服用のお薬：
5. 薬、食べ物によるアレルギーはありますか。
 ・ある()
 ・ない ・わからない
6. 現在妊娠中またはその可能性がありますか。
 ・ある(週) ・ない ・わからない ・現在授乳中
7. その他お気づきのことがありましたらお願いします。