

フリガナ

氏名 _____ 男女 生年月日 昭平令 年 月 日

住所 〒 _____

電話 () - 携帯 () -

◎本日の症状をご記入ください。

- 両眼 右眼 左眼 いつ頃から()
- かすむ めやにが出る 黒いものがちらつく
- みにくい 充血する 涙が出る
- まぶしい いたい かゆみ
- 眼が疲れる ココロコする 就学前検診 3歳半検診
- まぶたが下がり気になる その他() 学校検診 健康診断

◎本日の来院目的があればご記入下さい。

- 白内障手術希望 めがね処方希望 コンタクト処方希望 (□1day/□2week)
- まぶた外来希望 セカンドオピニオン希望 ロービジョン相談 (□書類記入希望)
- オルソケラトロジー希望(近視矯正) ICL希望(近視矯正手術)

◎本日はどんな交通手段で、来院されましたか？

- 徒歩 自転車 電車 自動車(運転した・しない) バイク(運転した・しない)

◎今まで眼科にかかれたことはありますか？

- はい → ・白内障 ・緑内障 ・網膜はくり ・結膜炎 ・ものもらい ・CL ・その他
- いいえ ()

◎今まで眼科で手術されたことはありますか？

- はい → (いつ頃) 両眼 右眼 左眼 (手術名)
- いいえ (施設名)

◎現在、他の病院・医院で治療を受けていますか？

- はい → ・糖尿病 ・心臓病 ・高血圧 ・ぜんそく ・アトピー ・脳梗塞
- ・透析 ・リウマチ ・妊娠中 (力月) ・その他 ()
- いいえ

◎薬のアレルギーについて

- いいえ ある → 薬名 ()

◎当院を何でお知りになりましたか？

- 家族・知人の紹介 ホームページ 看板 チラシ 近くを通った
- 他の病院・医院の紹介 その他 ()

◎他に何かお困りな事がございましたらお書きください。

◎マイナ保険証で受診の方へ

マイナ保険証による情報取得に同意いただけますか。

- はい いいえ

ひのうえ眼科

