

No.

受付証

○恐れ入りますが、ご氏名、性別、生年月日、ご住所、お電話番号をご記入ください。

フリガナ	生年月日	性別
お名前	T・S・H 年 月 日	男・女

■前回の受診より住所変更はありますか [はい・いいえ]
変更の方はご記入をお願い致します

〒	—
お電話番号	

■当院のメールマガジンをご希望の方は、アドレスのご記入をお願いします。
E-mail Address @

■薬のアレルギーはありますか
[いいえ・はい 種類を具体的に()]

■他院(眼科以外も含む)に通院されている方
(病名: いつ頃から:
(現在使用中の薬名:

■眼科手術やレーザーの既往はありますか
[いいえ・はい 具体的に()]

■ご家族に緑内障の方はいらっしゃいますか
[いる・いない]

■女性の方へ、現在妊娠中、あるいは授乳中ですか
[いいえ・はい・わからない]

■本日の症状に○をつけて下さい

いつから() [右・左・両眼]

かゆい	痛い	白目が赤い	異物感がある
目やにが出る	乾く	疲れる	目がかすむ
虫や糸くずのような浮遊物が見える	光が見えることがある		
物が欠けて見える	物がゆがんで見える	見え方がおかしい	
その他 具体的に ()			

・通院中

■本日メガネの処方箋の作成はご希望ですか
[いいえ・はい]

■本日コンタクトレンズをつけていますか。
[いいえ・はい レンズの種類()]

■普段の眼の症状について

- | | | | |
|---------------------|--------|------|----------|
| かゆみ | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| めやに | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 痛み | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 白目の充血 | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 乾燥感 | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 異物感 | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 疲労感・かすみ | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 物が欠けて見える | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 物がゆがんで見える | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 光が見えることがある | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
| 虫や糸くずの
ようなものが見える | [よくある | 時々ある | ほとんどない] |
- 現在眼鏡は使っていますか [いいえ・はい]

☆☆☆ご記入ありがとうございました☆☆☆