

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
〒 - 都 道		
ご住所 府 県 区・市		
町・村		
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		

\* アンケートにご協力をお願いします。 当院をなにで知りましたか。

ホームページ  ご紹介(知人)  ご紹介(医療機関)  ご紹介(薬局/針灸)

携帯サイト  駅の看板  建物の看板  バスの広告  道路の広告

当院パンフレット  都営大江戸線車内広告  暮らしのガイド  電話帳

○恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。

■ 本日の症状は？( 右・左・両眼 ) / いつから から

かゆい  痛い  白目が赤い  目やにが出る

乾く  疲れる  異物感がある  目がかすむ

虫や糸くずのような浮遊物が見えることがある  光が見える事がある

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

( )

■ 現在眼鏡は使っていますか

はい  いいえ

■ 本日メガネの処方箋の作成はご希望ですか

はい  いいえ

■ 薬のアレルギーはありますか

ある 種類を具体的に( )  なし

■ 女性の方へ、現在妊娠中、あるいは授乳中ですか

はい  いいえ  わからない

■ 他院(眼科以外も含む)に通院されている方へ

(病名:  高血圧  糖尿病  アトピー  他の眼科治療中

気管支喘息  その他 ( )

(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

ある 具体的に( )  なし

■ 普段の目の症状について

◆ かゆみ  よくある  時々ある  ほとんどない

◆ 目やに  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  よくある  時々ある  ほとんどない

◆ 目がかすむ  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

◆ 何か飛んで見える  よくある  時々ある  ほとんどない