

氏名	(フリガナ)	生年月日		
		男・女	T・S・H・R	年 月 (日 歳)
住所	〒□□□-□□□□			
☎自宅	()			
携帯番号	()			

- 1、今回の受診目的は何ですか。
コンタクトレンズ 眼鏡 学校検診 オルソケラトロジー
目の不調 その他 ()
- 2、上記で「目の不調」とお答えされた方にお聞きします。
いつ頃からどのような症状でお困りですか。
いつ頃から () どのような症状 ()
症状がある部位はどちらですか。 右眼 左眼 両眼
- 3、メガネやコンタクトを使用していますか。
いいえ 遠くを見る眼鏡 老眼鏡 コンタクトレンズ (ソフト・ハード)
- 4、今までに薬や食べ物でアレルギー症状 (発疹、気分不快など) を起こしたことがありますか。
いいえ はい 食べ物 ()
薬、その他 ()
- 5、これまでの病気や手術歴などを記入してください。
緑内障 白内障 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 網膜剥離
花粉症・鼻炎 アトピー 喘息 斜視 レーザー治療 (眼)
その他 ()
- 6、現在服用中のお薬がありますか。
いいえ はい 薬名 ()
- 7、今現在、他の眼科を受診されていますか。
いいえ はい 医療機関名 ()
- 8、女性のみお答えください。
妊娠中ですか いいえ はい 可能性あり
授乳中ですか いいえ はい
- 9、当院を知ったきっかけは何ですか。
家族・知人からの紹介 検索サイト ホームページ 看板 通りがかり
他院の紹介 医療機関名 () その他 ()

※当院の待ち人数がLINEで確認できます。スマートフォンをお持ちの方はぜひご登録ください。 QRコード

LINEの友達追加から、ID検索またはQRをスキャンしてご登録ください。

ID: kuriyama-ganka

