初めて受診される方へ

ふりがな 氏　名	年齢　　才	男性・女性	職業

●今日はどうなさいましたか？

□診察　□視力検査　□メガネのご相談　□コンタクトレンズのご相談

●どのような症状ですか？　□ない

いつ頃からですか？（　　）　右眼　・　左眼　・　両眼

□かゆみ　□充血　□目やに　□はれ　□痛み　□乾き

□見えづらい　□かすむ　□涙が出る　□疲れ

□その他（　　）

●今までに眼の病気(ケガ)や治療をしたことがありますか？

□ない　□ある

□白内障　□緑内障　□色覚異常　□円錐角膜

□網膜剥離　□レーザー

□その他（　　）

●今までにかかったことのある病気、治療中の病気はありますか？

□ない　□ある

□高血圧（　　/　　）　□糖尿病（　　）　□心疾患

□その他（　　）

●現在、使用中の薬はありますか？

□ない　□ある　（薬の名前：　　）

●アレルギーと診断されたことはありますか？

□ない　□ある

□花粉症　□アトピー　□喘息　□ハウスダスト

□食物　□その他（　　）

◆お薬のアレルギーはありますか？

□ない　□ある

どのような薬ですか？（　　）

◆女性の方へ　妊娠あるいは授乳中ですか？

□していない　□妊娠(　　)ヶ月　□授乳中　□分からない

《個人情報保護法に基づくお知らせ》

患者様より知り得た個人情報は、医療もしくは患者様への健康に係る情報提供にのみ使用致します。

草加駅前なかじま眼科