

ふりがな				生年月日	年齢	性別
氏名				大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳 男・女
郵便番号	—	住所				
電話番号				携帯		

◎ 他の医療機関からの紹介状をお持ちですか？ はい いいえ

◎ 本日はどのような症状・目的で来院されましたか？

かゆい 痛い 異物感 めやに 流涙 充血 乾燥感 めいぼ
見えにくい 黒い物が見える コンタクト検診 メガネを作りたい 定期検診
その他()

◆いつ頃からですか () 頃から)

◆症状があるのはどちらの目ですか 右目 左目 両目

◎ コンタクトレンズを装用していますか？

はい (ソフトコンタクト ハードコンタクト) → 本日は装用していない

いいえ

◎ これまでに目の病気の治療や手術を受けたことはありますか？

はい いいえ

右目 病名() 手術(いつ頃)

左目 病名() 手術(いつ頃)

病院名()

◎ 他の眼科で処方されている目薬や飲み薬がありますか？

はい (薬剤名:)

いいえ

◎ 眼科以外の病気があれば、ご記入下さい

なし 糖尿病 高血圧 心臓病 不整脈 喘息 アトピー 腎臓病
肝臓病 脳梗塞 前立腺肥大 脂質異常(高コレステロール) 花粉症
その他()

◎ この1年間で健診を受けられましたか？

はい (指摘事項:) いいえ

◎ 今までに薬や注射・食物などで具合が悪くなったことはありますか？

はい (種類:) いいえ

◎ 現在、妊娠中・授乳中ですか？ はい いいえ

◎ 診察後は自分で車やバイクを運転する予定ですか？ はい いいえ

◎ マイナ保険証により診療情報取得に同意されましたか？ はい いいえ

◎ 診察券の発行を希望されますか？ はい いいえ

(本日、会計終了後よりスマート診察券が利用可能です。LINE登録をお願いします)