

Name (漢字は保険証で確認します)

誕生日 Birthday

Age

ひらがなでおなまえ

大 昭 平 年 月 日生 歳

住所 Address 〒

電話

携帯電話

(その他緊急連絡先)

①他院からの紹介ですか？(他院からの紹介状はありますか?) はい いいえ

②きょうはどんなことでおいでですか? ○をつけてください

めやに 痛い 赤い ごろごろする かゆい なみだ しみる

かすむ ゆがむ まぶしい 暗い 二重に見える 何か飛ぶものが見える

白内障といわれている 緑内障といわれている ( )

③それはいつからですか? ( )から

④問題はどちらの眼ですか? 右 左 両方

⑤コンタクトレンズは使用していますか? いない はずしている はいっている (ハード・ソフト)

⑥今までに眼の手術をしたことがありますか?

白内障 LASIK ( ) 右眼 左眼 両眼  
( ) (年頃) (病院名)

⑥アレルギーはありますか? ない ある ( )

お薬のアレルギー ない ある ( )

⑦治療中のからだの病気はありますか? ない ある

糖尿病 (HbA1c ) 高血圧 心臓病 ぜんそく 前立腺肥大

アトピー 肝臓病 腎臓病 (透析あり/なし) 腰痛 膝痛 その他

( )

⑧いつも飲んでいるお薬はありますか? ない ある 別紙

お薬の名前

( )