| ふりがな | | | | 男 | 生 年 | 80 | 明 | ・大 | · 昭 · | 平・令 | | | 歳以下 |
|------|---|---|------------|----|------------|----|---|----|-------|-----|----------|----|-----|
| お名前 | | | 様 | ١. | 生年月日 | | 年 | 月 | 日 | 才 | | 本重 | |
| | | | 作 来 | 女 | 職 | 業 | | | | | | (|)kg |
| 住所 | ₹ | _ | | | 電 | 話 | | | (|) | | | |
| | | | | | 携 | 帯 | | | (|) | | | |

| | | 携帯 | (|) | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------------------------|----|
| 1. | どうなさいましたか 右目・左目・ | 両目 | いつ頃からですか | (|) |
| | めやにが出る ・ 赤い ・ 腫れた ・ 痛い ・ 見えづらい(遠く ・ 手元) ・ まぶしい ・ 目にあたった/入った(何が? メガネ処方希望 ・ コンタクト処方希望(コンタ 学校検診、人間ドックで精密検査を勧められた その他(| かすむ ・)・ 他原 マクトの使用は | ゆがむ ・ 黒いも 完で今まで受けてき | のが飛ぶ ・ 疲れる た治療を継続したい | |
| 2. | アレルギーはありますか。お薬を使って具合かいいえ ・ はい⇒ 花粉症・アトピー・アルコ | | | その他(|) |
| 3. | 今までに目の病気にかかったことはありますが 病名() いつ頃(| |) 治療中で | すか? いいえ・1 | よい |
| 4. | 目以外にかかった(かかっている) 病気はあり 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 不整脈 ・ 心筋梗塞 いつ頃 () 医療機関 (| • 脳梗塞 | | 疾患 •(名(|) |
| 5. | メガネ、コンタクトは使用されていますか いいえ ・ はい⇒ メガネ ・ コンタクト(ワン | ンデー・2「 | ウィーク/1ヶ月・ソフ | パード) | |
| 6. | 女性の方へ 妊娠中ですか? いいえ・はし | , \⇒ (| ァ月) 授乳中です | か? いいえ・はい | |
| 7. | マイナ保険証による診療情報取得に同意され ※以下、「いいえ」の方のみお答え下さい・現在処方されている薬はありますか 薬名・この1年で特定健診、高齢者健診を受診しま | (|)用量(| , ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, |) |
| 8. | 本日は何で来院されましたか 徒歩・電車 | 車/バス・自! | 転車 ・ 自分で運転 | • 送迎 | |

9. 当院を何でお知りになりましたか

通りがかり ・ ご家族/知人 ・ ホームページ ・バス放送 ・ 眼鏡店 ・ 電話帳 ありがとうございました

※ お薬手帳をお持ちの方は、お出しください ※