



ふりがな	性別	電話 () -
氏 名	男 ・ 女	携帯 () -
T S H R 年 月 日 歳		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ※ご住所は初めての方、変更がある方のみご記入ください。		

当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (初めての方のみ)

- | | | | |
|---------|----------|---------|-----------|
| 家族の紹介 | 知人の紹介 | 奈良CLの紹介 | 当院ホームページ |
| 他院の紹介 ※ | 眼鏡店の紹介 ※ | 看板 ※ | 病院検索サイト ※ |
| 地域情報誌 ※ | 電話帳 | 通りすがり | その他 ※ |
- それはどちらですか？ ※印を選択した方のみ ()

コンタクトレンズを使用していますか？

- いいえ はい ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨てレンズ

眼鏡を使用していますか？

- いいえ はい

本日の交通手段は何ですか？

- 車 (本人以外が運転) 自転車 (本人が運転) 公共交通機関 (バス・電車) 徒歩

→ 裏面のご記入もお願いいたします。

院内使用欄	No.	赤 白 緑 黄 他	金子 柴田 ()
-------	-----	-------------------	-----------



本日の症状やご来院目的は何ですか？

眼を細める	テレビに近づいて見る	本や漫画を近づけて読む
頭を同じ方向に傾ける	視線が合わない	眼の位置がずれて見える
片目つぶり	片目を隠すと嫌がる	ものが二重に見える
検診で指摘された	かゆい	痛い
腫れている	充血	目やにが出る
その他 ()

● どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

● いつ頃からですか？ ()

今まで眼や身体の病気（発達障害など）をされたことがありますか？

いいえ はい ()

● 出生体重は？

2,500 g 以上 2,500 g 未満

現在服用中のお薬や使用中の目薬はありますか？

いいえ はい ()

薬や食べ物によるアレルギーはありますか？

いいえ はい ()

医師に知らせておきたいことや治療に関するご希望がございましたらご記入ください。

ありがとうございました。