



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

今までにレーシック(視力回復手術)を受けたことがありますか？

いいえ
 はい

本日の交通手段は何ですか？

車(本人が運転)
 車(本人以外が運転)
 自転車・バイク
 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？

見えにくい	かすむ	ぼやける	充血する
痛い	腫れている	かゆい	目やにが出る
眼が乾く	健康診断	眼鏡チェック	

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？ ()

今まで眼の病気をされたことがありますか？

いいえ はい ()

今までかかったことのある病気はありますか？

特になし	高血圧	心臓病	糖尿病	ぜんそく
アトピー	肝臓病	腎臓病	前立腺肥大	
その他 ()

● 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 ()

妊娠されていますか？ (女性のみ)

いいえ はい (月) 授乳中

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。