

ふりがな
お名前

男・女

明 大 昭 平

生年月日

年 月 日

ご住所

〒

ご自宅

- -

携帯電話

- -

- 今日は、何で受診されますか？ 一般眼科診療 目ヤニ コンタクト（初めて・更新・定期検診）
 斜視・弱視診療 ドライアイ

- 症状は、いつからですか？ _____（時間・日・週・月）前から

- どんな症状ですか？

[]

- 当てはまる所にチェックして下さい。

- コンタクト使用（ソフト・ハード） 眼鏡使用（遠用・近用・遠近） 薬剤アレルギー（ ）
 アレルギー体質（ ） 花粉症（ 月頃）
 緑内障 糖尿病 高血圧 妊娠（女性の方のみ） その他疾患（ ）

- 現在、服用（点眼）中の薬剤はありますか。（はい・いいえ）

薬品名 []

- その他何かありましたら記入して下さい。

[]