

\*カルテ作成の為、保険証をコピーさせていただきます。

\*診療等について、当院からご連絡をさせて頂く場合があります。

ふりがな		性別	男	女
氏名		電話 ( )	-	
生年月日	大 昭 平	年	月	日
住所		携帯 ( )	-	

- ・どんな症状ですか？
- |          |     |      |            |
|----------|-----|------|------------|
|          | 右眼  | 左眼   | 両眼         |
| 充血       | かゆい | メヤニ  | 痛い         |
| 涙        | 乾く  | つかれる | ぶつけた       |
| 黒いものがみえる |     | めがね  | コンタクトを作りたい |
- その他 ( ) ※コンタクトの処方せんは発行できません

・いつからですか \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日頃から

・今回の病気で他院にて診察を受けられた方はご記入下さい

\_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月頃から

・眼の手術をしたことがありますか？

ない・ある ( )

・今までにかかった病気、けが、入院、手術はありますか？

ない・ある ( )

・現在、治療中の病気はありますか？

ない・ある (糖尿病・高血圧・心臓病・その他・甲状腺・バセドウ病)

・薬のアレルギーはありますか？

ない・ある ( )

\*女性のかたへ

- |                 |    |   |     |
|-----------------|----|---|-----|
| ・現在、妊娠をされていますか？ | はい | ・ | いいえ |
| ・可能性はありますか？     | はい | ・ | いいえ |
| ・授乳中ですか？        | はい | ・ | いいえ |