

フリガナ

氏名 _____ (才) 電話 _____

住所 (〒 _____) ※保険証に住所が記入されている場合は記入不要です

生年月日(明治、大正、昭和、平成) 年 月 日 身長 cm 体重 kg

1. 今日診察を受ける病気について
いつから() どちらの目(右 左 両)
どんな症状()
2. 今までかかった病気について
眼科 () その他の科()
3. 現在、通院中の病気はありますか
ない ある (高血圧、糖尿病、心臓病、その他)
4. アレルギーがでたことはありますか
はい (薬 花粉症 その他) いいえ
5. めがね、コンタクトを利用していますか。
はい(めがね コンタクト:) いいえ
6. タバコは吸いますか
はい(本/日 年) いいえ
7. 定期的に行っている運動はありますか。
はい(回/週 内容) いいえ
8. 当院はどこで知りましたか
家人 友人知人 電話帳 ホームページ 通りがかり 看板 その他
9. どのような検査をお望みですか？
1. 医師に一任する 緑内障のチェックを希望
2. 主訴に応じた検査のみにしてほしい
10. 女性の方にお聞きします。妊娠中、または妊娠している可能性はありますか。
はい いいえ
11. ジェネリック (後発医薬品) の処方を希望されますか。
積極的に処方希望 医師に一任する 希望しない

その他医師に伝えたいことがあればお書き下さい。