

ふりがな

氏名 \_\_\_\_\_

男女

その他気がついたことがあれば記入してください

生年月日

大昭平令 年 月 日

年齢 歳

住所

当てはまる項目がある方は○をつけてください

電話番号 ( ) - \_\_\_\_\_

糖尿病 心臓病 高血圧 喘息 透析 脳梗塞

アトピー 妊娠 ( ヶ月)

その他

( )

本日の症状

いつからですか \_\_\_\_\_

どちらの目ですか 右 左 両眼 \_\_\_\_\_

その他 眼瞼 目頭 目尻 \_\_\_\_\_

薬のアレルギーについて

ある ( ) ない

ジェネリック薬品を希望する ( )

該当するものに○をつけてください

みにくい いたい 黒いものがちらつく まぶしい

本日はお車で来院されていますか

< はい ・ いいえ >

かゆい ころころする 涙が出る めやに 充血

視力検査 会社の健診で受診 メガネの処方せん希望

医療法人 東浦眼科医院