

フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日	才
氏名		男 ・ 女					
住所	〒	-		電話 ( )	-		
				携帯電話番号 ( )	-		
症状に○をしてください。もっともお困りの症状に◎をしてください。							
◆ いつからですか？ <input type="checkbox"/> 今日 <input type="checkbox"/> 昨日 <input type="checkbox"/> ( ) 日前 <input type="checkbox"/> 月 日頃							
◆ どちらの眼ですか？ <input type="checkbox"/> 両眼 <input type="checkbox"/> 右眼 <input type="checkbox"/> 左眼							
症状	目やに ・ 充血 ・ かゆみ ・ 痛み ・ まぶたの腫れ ・ ゴロゴロする かわき ・ 重たい感じ ・ 見えにくい ・ かすみ ・ まぶしい ・ 虫が飛ぶ症状 斜視 ・ 糖尿病の眼底検査 ・ 緑内障検査 ・ 学校検診書類持参 ・ 人間ドック ・ 会社の健診 白内障手術希望 ・ 眼鏡 ・ コンタクトレンズ処方希望 兵庫医大病院からの紹介 その他 ( )						
◆ 充血・目やにがある方、家族内に同様の症状の方がおられますか？ はい ・ いいえ							
◆ 普段コンタクトレンズを装用されていますか？							
はい (ハード ・ ソフト / 使い捨て( 1day or 2week )) ・ いいえ							
◆ 薬でアレルギーはありますか？							
はい (薬剤名: ) ・ いいえ							
◆ 今までに眼科を受診したことはありますか？							
ある (西暦 年頃 病院: / 病名: ) ・ ない							
◆ 眼の手術をされたことはありますか？ はい ・ いいえ							
・ 何の手術ですか？ ( )							
・ いつですか？ (西暦 年 月 )							
・ どちらの病院ですか？ ( )							
◆ お薬手帳はお持ちですか？ はい ・ いいえ							
※本日お持ちであれば、提出してください。							
◆ 内科の疾患はありますか？							
糖尿病 ・ 高血圧 ・ その他 ( )							
◆ 現在、通院中の病院はありますか？							
はい (病院名: ) ・ いいえ							
◆ 妊娠中もしくは妊娠している可能性はありますか？							
はい (妊娠 週) ・ いいえ ・ 授乳中							
◆ 今日はどのような交通手段で来院されましたか？							
徒歩 ・ 自転車 ・ バイク ・ 自動車 ・ バス ・ 電車 ・ その他 ( )							
◆ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？							
お知り合いからのご紹介 ・ ホームページ ・ 自宅/職場が近い ・ 建物を見て ・ その他 ( )							