

# 初めて受診される方

前回の受診より3ヶ月以上経過した方

お手数ですがご記入を  
お願い致します。

(ふりがな)

■ 氏名 \_\_\_\_\_ 男・女 ■ 生年月日大・昭・平・令 年 月 日 歳

■ 〒 \_\_\_\_\_ ■ 電話 ( ) ■ 携帯 ( )

住所 \_\_\_\_\_

◆ 本日は、どのような症状で来院されたかご記入してください

◆ いつ頃から ( ) 頃から)

◆ どちらの目が ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

◆ どうされましたか？

( )

◆ 今までにアレルギー症状が出たことがありますか？(花粉症なども含まれます。)

1. ある→その原因になったものは ( スギ、ヒノキ 、ハウスダスト、動物の毛 など )  
( )

現在使用しているアレルギーの点眼薬、点鼻薬、内服薬は

( )

2. ない

◆ 現在内科の病気にかかっていますか？

1. いいえ

2. はい→高血圧・糖尿病・高脂血症・心臓病・喘息・その他 ( )

◆ 体に合わない飲み薬、注射はありますか？

1. いいえ

2. はい→( )

◆ 現在、妊娠していますか？ 1. はい→( ) ヶ月 ) 2. いいえ

ご記入ありがとうございました。

医療法人社団 もろ眼科クリニック