

|            |       |    |    |    |       |
|------------|-------|----|----|----|-------|
| フリガナ<br>名前 | 男 ・ 女 | 身長 | cm | 体重 | kg    |
| 生年月日       | T・S・H | 年  | 月  | 日  | ( 才 ) |
| 住所         | 電話番号  |    |    |    |       |

いつ頃から具合が悪いですか？

[            ]日前から            [            ]ヶ月前から            [            ]年前から

いちばん困っている症状はなんですか？

|                                                                                          |                       |            |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------|-----------|
| <br>め | 痛い[右 ・ 左]             | かゆみ[右 ・ 左] | 違和感[右・左]  |
|                                                                                          | かわく[右 ・ 左]            | めやに[右 ・ 左] | 充血[右 ・ 左] |
|                                                                                          | 見えにくい[遠く ・ 近く ・ どちらも] | 腫れ[右 ・ 左]  | 疲れる       |
|                                                                                          | コンタクト処方希望             | めがね処方希望    |           |
| 学校健診で眼科受診をすすめられた                                                                         |                       |            |           |

上記症状に当てはまる症状がない場合はこちらにご記入ください。

詳しい検査を希望しない場合は☑をしてください。

☐ 詳しい検査を希望しません。

検査不要であることを必ず医師にお申し出ください。

家族の紹介 ・ 知人友人の紹介 ・ 他院からの紹介 ・ その他