[はじめて診察を受けられる方へ]

カルテNo.　　年　月　日

フリガナ		男・女
お名前	様	
生年月日	大・昭・平　年　月　日生　才	
ご住所	〒　－	
電話番号	－　－	

◎保険の方は必ず保険証を添えてお出し下さい。

診療上大切なことですので、必ず全て記入して下さい。

1. 今日はどうされましたか？（例：昨日から右目が赤い／コンタクトレンズ希望等）

（　　）

2. 今までに、医師よりアレルギー体質と言われたことがありますか？

ある　　ない

3. 注射や薬で、気分が悪くなったり、発疹が出たことがありますか？

ある　　ない

4. 今までに目の病気になったことはありますか？

ある　　ない

病気の名前（　　）

いつ頃（　　）

5. 今までに大きな病気になったり、手術を受けたことはありますか？

ある　　ない

心臓病・糖尿病・高血圧

その他（　　）

6. 女性の方で妊娠されている場合、妊娠何カ月か記入して下さい。

妊娠　　カ月

7. どのようにして当院を知られましたか？

通りすがり・知人に聞いて・医師紹介・広告・その他（　　）

8. 今現在 めがね または コンタクトレンズ を使用していますか？

はい　　いいえ

※使用されているコンタクトレンズの種類は？（２W・１day・ハード）