

はじめて受診される方へ

（ワリガカ）					
氏名	性別	男・女		
生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和	年	月	日	（歳）
住所	〒	市・町	
連絡先	（ ）	-	緊急連絡先	（ ）	-

1. 今日はどのような症状で来院されましたか？

どちらの目ですか？ 右眼 左眼 両眼

★いつ頃から？（.....）

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> めやにが出る | <input type="checkbox"/> 目が赤い |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 目が痛い |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 黒い物が飛ぶ |
| <input type="checkbox"/> 眼がかゆい | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる |
| <input type="checkbox"/> なみだが出る | <input type="checkbox"/> 学校（幼稚園、保育園）検診 |
| <input type="checkbox"/> メガネ希望 | <input type="checkbox"/> コンタクト希望 |
| <input type="checkbox"/> ドック（健診）で指摘された | <input type="checkbox"/> その他（.....） |

2. 当院はどのようにしてお知りになりましたか？（差し支えなければ結構です。）

南丹病院で診察を受けたことがある / 知人・他の医師から聞いて / 通りがかって /
ハガキ・折込広告 / 看板(千代川・マーケス) / テレパル / タウンページ / ホームページ

3. 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？

- はい （白内障，緑内障，コンタクトレンズ，その他.....）
（白内障手術 いつ頃？ どちらの病院で？）
- いいえ

4. 現在、他の病院、医院で内科治療を受けていますか？

- はい （糖尿病，高血圧，脳卒中，心臓病，不整脈，ぜんそく，腎臓疾患，
その他.....）（病院..... 医師.....）
- いいえ

5. アレルギーといわれたりその他の薬や注射で異常を起こしたことがありますか？

- はい 薬・注射の名前（.....） いいえ

6. 本日、コンタクトレンズは装着されていますか？

- はい コンタクトレンズの名前（.....） いいえ

7. お薬手帳はお持ちですか？

- はい いいえ

お持ちでしたらお出しください

8. 現在妊娠中、授乳中、あるいは妊娠している可能性がありますか？（女性の方のみ）

- はい （妊娠 週目） いいえ

9. ほかに何かお困りの事などございましたら、お書き下さい。

--