

フリガナ	男 / 女	生年月日	才
氏名		大/昭/平/令 年 月 日	
住所 〒			
固定電話	携帯電話	職業	

※本日の受診理由をご記載下さい。症状にあてはまるものに○をつけて下さい。

いつから:	
どちらの眼: 右 / 左 / 両眼	次回免許更新(年)
症状: 見にくい 眼に何か入った 眼に何かできた 検診異常を指摘された	
その他症状:	

※他眼科での治療歴 ある / ない 眼科名()

--

※既往歴

喘息 / 不整脈 / 糖尿病 / 高血圧 / 高脂血症 / 脳梗塞 / 自己免疫疾患
その他 本日お薬手帳 (ある / ない)

※コンタクト処方 眼鏡処方 ←希望の方は○をつけてください。

コンタクト (初 / 経験あり) 使用コンタクト種類 ()
本日コンタクト装用していますか? (はい / いいえ)

※薬のアレルギー ある / ない

※本日は自分の運転で来院した はい / いいえ