

氏名

初めて診察を受けられる方へ

田町眼科クリニック

診察の参考にしますので、当てはまる場所に記入・○印をお付け下さい。

※本日の来院理由（例：右眼が痛い、両眼がかゆい、メヤニが出る、等）

()

※今まで眼の病気にかかったことがありますか？

1. ある
病名 ()
2. ない

※今まで何か病気にかかったことがありますか？

- 高血圧 1. ある 2. ない その他の病名
- 糖尿病 1. ある 2. ない
- ぜんそく 1. ある 2. ない
- _____

※現在、体の病気があって治療を受けていますか？

1. 受けている
病名 ()
2. 受けていない

※現在飲んでいる薬がありますか？

1. ある
薬名 ()
2. ない

※アレルギー（花粉、食べ物、薬品、など）がありますか？

1. ある
アレルギーの原因 ()
2. ない

※眼鏡・コンタクトレンズを使用していますか？

1. 使用している
いつ頃から ()
2. 使用していない
- 種類（眼鏡・ソフトレンズ・ハードレンズ）

その他、医師に知らせておきたいことがありましたら、お書き下さい。