

NO. **受付証**

恐れ入りますが、ご氏名、性別、生年月日、ご住所、お電話番号をご記入ください。

フリガナ	生年月日	性別
お名前	T・S・H 年 月 日	男 ・ 女

疾患の種類によって定期検査のご案内をさしあげております。

ご住所 〒 - 都 道 府 県 区 市 町 村

お電話番号 ( )

\*当院のメールマガジンをご希望の方は、アドレスのご記入をお願いします

E mail Address @

\* アンケートにご協力をお願いします。当院を何で知りましたか。

- PCホームページ 携帯ホームページ ご紹介(知人) ご紹介(医療機関)  
 建物の看板 駅の看板 バスの広告 道路の広告  
 豊島区くらしのガイド 当院パンフレット 電話帳 その他

**薬のアレルギーはありますか**

ある 種類を具体的に( ) なし

**女性の方へ、現在妊娠中、あるいは授乳中ですか**

はい  いいえ  わからない

**他院(眼科以外も含む)に通院されている方へ**

病名： 高血圧 糖尿病 アトピー 他の眼科治療中 その他

いつ頃から： 現在使用中の薬名：

**眼科手術やレーザーの既往はありますか**

ある 具体的に( ) なし

**ご家族に緑内障の方はいらっしゃいますか**

いる  いない

恐れ入りますがチェックをつけ、カッコ内を埋めてください。

**本日の症状はいかがですか**

右 ・ 左 ・ 両眼 (症状はいつから \_\_\_\_\_ )

- |                       |           |        |          |
|-----------------------|-----------|--------|----------|
| かゆい                   | 痛い        | 白目が赤い  | 目やにが出る   |
| 乾く                    | 疲れる       | 異物感がある | 光が見えることが |
| 虫や糸くずのような浮遊物が見えることがある |           |        | 目がかすむ    |
| 物が欠けて見える              | 物がゆがんで見える |        | 見え方がおかしい |

その他具体的に( )

**本日メガネの処方箋の作成はご希望ですか**

はい  いいえ

**普段の目の症状について**

- |          |      |      |         |
|----------|------|------|---------|
| かゆみ      | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 目やに      | よくある | 時々ある | ほとんどでない |
| 痛み       | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 白目の充血    | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 乾燥感      | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 異物感      | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 疲労感      | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 目のかすみ    | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 物が欠けて見える | よくある | 時々ある | ほとんどない  |
| 浮遊物が見える  | よくある | 時々ある | ほとんどない  |

ご協力ありがとうございました。



医療法人社団東京みどり会

池袋サンシャイン通り眼科診療所

TEL 03-3981-6363