

<病院使用欄> 登録二重チェック 紹介状スキャン 薬情コピー
薬情スキャン 電子カルテ 携帯入力 プロパティOK

* 以前に一度でも当院へかかれたことがある方はお知らせください。 :

ふりがな

氏名

男・女 職業

生年月日

大・昭・平・

年

月

日

年齢

才

住所

〒

-

連絡先 自宅

-

-

携帯電話

-

-

紹介状 有・無

◎具合が悪いのはどちらの眼ですか? 両眼 右眼 左眼

◎いつ頃からですか? _____

◎どのような症状ですか?

みにくい

いたい

黒いものがちらつく

まぶしい

かゆい

ころころする

涙が出る

めやに

充血

その他 _____

◎現在、眼科で治療を受けていますか?

いいえ

はい → 病名 _____

◎当てはまる項目がある方はお答えください。

糖尿病

心臓病(_____)

高血圧

喘息

透析(曜日 _____)

脳梗塞

アトピー

妊娠(_____ ヶ月)

授乳中

その他 _____

*「薬剤情報提供書」「薬手帳」などお持ちの方は受付にお出してください。

◎薬のアレルギーについて

ない

ある → 薬名 _____