フリガナ お名前	様	電話番号	－ －
生年月日	明・大・昭・平・令　年　月　日	男 ・ 女	
ご住所	〒 □□□－□□□□ 都・道 府・県　区・市・郡　町・村		

①本日の受診目的	
・✓をつけてください。	□かゆい　□めやに　□涙　□充血　□乾燥感
	□異物感　□痛み　□まぶたの腫れ　□飛び物が見える
	□見えにくい（ぼやける・白く霞む・ゆがむ・一部欠ける）
	□その他（　　）
・いつから	□今日　□昨日　□（　　）日前　□　月　日頃
・どちらの眼	□両眼　□右眼　□左眼

②使用しているコンタクトレンズ	
・種類：　ハード ・ ソフト （ 1Day ・ 2Week ）	・本日、装用している ・ していない
・メーカー名	・度数：右　左

③治療中の疾患や手術歴				
	白内障手術	糖尿病	高血圧症	その他（　　）
いつ頃				
病院名				

④薬のアレルギー	□有　□無
薬品名	

※患者様の個人情報は、院内の規定において診療の範囲内で使用致します。

〇お薬手帳をお持ちの方は提出をお願いします
〇妊娠または授乳中の方は、受付にあるカードをスタッフへお渡しください