

眼科外来受診の方へ

氏名:	年齢:	診察券番号:
電話番号(必要時病院から連絡してよい番号をご記入してください) Tel:		

1. 他の病院からの紹介状をお持ちですか？ あり なし

2. どのような自覚症状がありますか？

3. 今までにかかった大きな病気はありますか？
 なし 高血圧、 糖尿病、
 その他(病名:.....)

4. 手術歴はありますか？
 なし 白内障 緑内障 レーザー 網膜剥離
 近視手術(レーシック等)

5. アレルギー(薬剤・目薬・食べ物)はありますか？
 なし
 あり(具体的に:.....)
 散瞳剤(瞳を開く薬)でアレルギーを起こしたことがありますか？ あり なし

6. 普段コンタクトレンズを使用していますか？ はい いいえ
 「はい」の方は、現在装着していますか？ はい いいえ

7. 血縁関係のある方で眼の病気をされた方はいますか？
 なし
 あり(具体的に:.....)

8. 当院では医学的に必要と判断した場合は輸血を行っています。あなたは輸血を受けてもよいですか？
 はい いいえ