予　診　票　原眼科医院

フリガナ		生年月日	年　月　日
名前	男 女	職　業	
住所			
電話	自宅(　　)　－	連絡先(携帯)　－　－	

あてはまる所を○でかこむか、記入して下さい。

①どうされましたか？

どちらの目（ 右 ・ 左 ・ 両 ）

いつから　（　　）

症　状

②他の眼科で診察をしたり、目の手術をした事はありますか？

1）ない　2）ある → 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名＿＿＿＿＿＿＿＿

手術名＿＿＿＿＿＿＿＿

③目以外の病気で治療を受けていますか？

1）ない　2）ある → 病院名＿＿＿＿＿＿＿＿

病　名＿＿＿＿＿＿＿＿

④全身（目以外）で手術を受けた事はありますか？

1）ない　2）ある → 手術名＿＿＿＿＿＿＿＿

⑤体に合わない注射・薬・食べ物はありますか？

1）ない　2）ある → 名　前＿＿＿＿＿＿＿＿

⑥現在、妊娠していますか？

1）いない　2）いる → ＿＿＿ヶ月