

ふりがな		男 ・ 女	生年月日
お名前			明・大・昭・平・令
			年 月 日 才
住 所	〒		
電話番号			

- あてはまるものを、○で囲んでください。

・今日はどちらをご希望ですか？ 【視力矯正治療】オルソケラトロジー 【近視抑制用点眼液】マイオピン、リジュセア・ミニ 【医療用LED治療】ヒーライトⅡ
・その他にあてはまる症状がありましたらご記入ください。 めやに 目が赤い かゆい ゴロゴロ 涙 乾燥 疲れる かすむ ゆがむ 二重に見える 視野が欠ける まぶたの腫れ・痛み 浮遊物が見える 光が見える 近くが見にくい その他（ ）
・上記の○で囲んだ症状の詳しい内容をご記入ください。

- 眼鏡は使用していますか？ はい・いいえ

◎いつ頃からですか？ （ ）

- コンタクトレンズは使用していますか？ はい・いいえ

◎いつ頃からですか？ （ ）

◎使用している種類、度数等の詳しい内容をお分かりでしたらご記入ください。

使い捨てコンタクトレンズ ・ ソフトコンタクトレンズ ・ ハードコンタクトレンズ

- 今までに目の病気をしたことはありますか？ はい・いいえ

具体的に→

- 今までに目の手術をされたことはありますか？ はい（ ）・いいえ

- 現在治療中の病気・過去にかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 腎臓病 脳梗塞 喘息 アトピー その他

具体的に→

- 現在服用中のお薬はありますか？ はい・いいえ

具体的に→

- 薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？ はい・いいえ

具体的に→

- 富久クロス眼科を知ったきっかけを教えてください。（複数可）

□近所・通勤・通学路なので見たことがあった □インターネット

（□パソコンスマートフォン）

□イトーヨーカドーに来た時に知った

□電柱の案内

□隣接のクリニックに来た時に知った

□他医療機関からの紹介

□ご家族・知人・職場の同僚などの紹介

□その他（

□ポケットティッシュの案内を見て知った。

以上です。ありがとうございました。