予 診 票

ふりがな		性 別	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日生まれ
氏 名		男 ・ 女	
住 所	〒		
固定電話		携帯電話	
留意事項	なし ・ 難聴 ・ 妊娠中 ・ その他：		

1. 出田眼科病院または呉服町診療所への受診歴

なし ・ あり（ 出田眼科病院 ・ 呉服町診療所 ）

2. 本日の来院理由（目的）

症状があるため ・ メガネ作成 ・ コンタクト作成 ・ その他（ ）

いつ頃から？（ ）

どちらの眼？（ 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 ）

どんな症状？（ めやに ・ 充血 ・ かゆみ ・ 涙 ・ 痛み ・ 異物感 ・ かすみ
視力低下 ・ 黒い飛びもの ・ 腫れ ・ その他： ）

3. アレルギー

なし ・ （お薬： 注射： 食べ物： ）

4. 使用中の目薬 ※お薬手帳等は診察時にご提出ください。

なし ・ （ ）

5. 治療中の病気

なし ・ （ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 ・ 肝疾患 ・ 脳疾患
消化器疾患 ・ 内分泌疾患 ・ 呼吸器疾患 ・ その他： ）

6. 受診中の医療機関

なし ・ （ ）

7. 紹介状

なし ・ あり ※受付時にご提出ください。