



初めて武長眼科を受診される方へ

(ふりがな)

氏 名 :

生年月日 : 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

住 所 :

電話番号 (または携帯電話) :

どのような症状で当院を受診ご希望でしょうか? ○をつけてください

1. (右眼・左眼・両眼) が

- ・眼脂 (めやに) がでる
- ・痛い
- ・赤い
- ・充血する
- ・腫れがある
- ・かゆい
- ・涙が出る
- ・乾く
- ・ぼやける
- ・疲れる
- ・かすむ
- ・蚊が飛んで見える
- ・視力検査希望
- ・学校より検診のすすめ
- ・その他 ()

2. 眼鏡の作成希望

3. コンタクトの作成希望 (初めて・2回目以上)

希望の種類・メーカー ()

以下は必要があればご記入ください

1. 今までかかったことがある主な病気 (眼だけでなく、高血圧、糖尿病等の全身疾患を含む)
2. 最近眼科医にかかったことがあれば、その疾患・あるいはケガについて
3. 薬剤の副作用や特異体質があると思われる方はご記入ください

今回、当院を何でお知りになりましたでしょうか?

- ・当院正面の看板
- ・電柱の看板
- ・他院の先生の紹介
- ・市役所、保健所等の紹介
- ・知人の紹介
- ・インターネット
- ・新聞の折込み広告
- ・その他