

あなたの症状を○で囲み、該当事項を記入して下さい。

<p>これまで他の眼科で診察を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 受けない ・ <input type="checkbox"/> 受けた : 病院名 ( )</p> <p>今回の件で他の眼科で診察を受けましたか？</p> <p><input type="checkbox"/> 受けない ・ <input type="checkbox"/> 受けた</p> <p><input type="checkbox"/> 受けた治療の内容は？ ( )</p>
<p>眼科以外の大きな病気にかかったことがありますか？（あるいは、今、かかっていますか？）</p> <p>* いいえ</p> <p>* はい ⇒ どんな病気？／高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・ぜん息・アトピー・アレルギー性鼻炎</p> <p>その他の病気 ( )      その他のアレルギー ( )</p>
<p>お薬や注射で倒れたり、発疹が出たり、下痢をしたことがありますか？</p> <p>* ない</p> <p>* ある ⇒ どのようなお薬でしたか？／抗生物質・鎮痛解熱剤・造影剤・かぜ薬</p> <p>その他 ( )</p>
<p>&lt;女性の方&gt; 妊娠中ですか？</p> <p><input type="checkbox"/> いいえ ・ <input type="checkbox"/> はい ⇒ 妊娠 週 ・ わからない</p>
<p>メガネは？      <input type="checkbox"/> 持っている ( 遠用 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用 ) ・ <input type="checkbox"/> 持っていない</p> <p>コンタクトは？      <input type="checkbox"/> 持っている ( ハード ・ ソフト・使い捨てレンズ ) ・ <input type="checkbox"/> 持っていない</p> <p>( 1day ・ 2week ・ その他 )</p>
<p>当院を何で知りましたか？ (*該当項目は全て○を付けて下さい)</p> <p><input type="checkbox"/> 知人からの紹介 ( ) 様 )</p> <p><input type="checkbox"/> 医師からの紹介 (病院名: )</p> <p><input type="checkbox"/> 大型看板      <input type="checkbox"/> 電話帳      <input type="checkbox"/> 家等が近所      <input type="checkbox"/> バス停ベンチ      <input type="checkbox"/> 雑誌広告</p> <p><input type="checkbox"/> 阪本院長に診てもらったことがある。</p> <p><input type="checkbox"/> その他 ( )</p>