

No.

お名前

(

歳)

◆本日の受診目的をご記入ください

いつから()

どちらの眼に(右 左 両眼)

どんなことですか？

※どの様なきっかけで
当院をお知りになりましたか

()

治療したことがあれば書いてください(受診時期、病院名、病名、治療内容等)

()

◆糖尿病はありますか(ない・境界型といわれたことがある・治療中)

治療中の方⇒どちらに通院していますか() 病院)

いつから治療していますか() 年 月 日)

治療内容は？ 内服薬 ()

インシュリン ()

運動・食事 () kcal)

◆他に現在かかっている病院はありますか

() 病院 () 科) () 病院 () 科)

何でかかっていますか []

薬を飲んでいますか []

◆今までに大きな病気やけが・手術をしたことはありますか

[]

◆職業()

◆感染症 ない・ある(B型肝炎・C型肝炎・梅毒・HIV・その他)

◆食べ物のアレルギーはありますか ない・ある()

◆女性の方： 現在、妊娠・授乳中ですか いいえ はい()

◆生命保険等の先進医療特約にご加入されていますか 加入・未加入・不明