

ふりがな	性別	電話 ( ) -
氏 名	男・女	携帯 ( ) -
M T S H 年 月 日 歳		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		※ご住所は初めての方、変更がある方のみご記入ください。

当院をお知りになったきっかけは何ですか？ (初めての方のみ)

- |         |          |         |           |
|---------|----------|---------|-----------|
| 家族の紹介   | 知人の紹介    | 奈良CLの紹介 | 当院ホームページ  |
| 他院の紹介 ※ | 眼鏡店の紹介 ※ | 看板 ※    | 病院検索サイト ※ |
| 地域情報誌 ※ | 電話帳      | 通りすがり   | その他 ※     |
- それはどちらですか？ ※印を選択した方のみ ( )

本日はコンタクトレンズを装用していますか？

- いいえ      はい      ハードレンズ      ソフトレンズ      使い捨てレンズ
- 眼鏡は使用していますか？
- いいえ      はい

今までにレーシック（視力回復手術）を受けたことがありますか？

- いいえ      はい

本日の交通手段は何ですか？

- 車（本人が運転）      車（本人以外が運転）      自転車・バイク      その他

→ 裏面のご記入もお願いいたします。

院内使用欄	No.	赤   白   緑   黄   他	登喜 柴田 ( )
-------	-----	-------------------	-----------

