

**안과를 방문하시는 환자분들께**

|  |  |
| --- | --- |
| 성명: | 연령:  |
|  이메일 주소:  | 전화번호： |

**다음 질문에 답해 주십시오.**

1. **다른 병원에서 추천서를 받았습니까?** 아니요 ・ 예
2. **증상을 설명하십시오.**
3. **심각한 질병을 앓은 적이 있습니까?**
* 아니요 고혈압 고혈압
* 기타(병명: )
1. **알레르기(약물, 음식, 등.)가 있습니까?**

아니요 ・ 예 (구체적으로 기재해 주십시오: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_)

1. **가족(부모님 포함) 중에 눈 질환을 앓고 있는 사람이 있습니까?**

아니요 ・ 예 (구체적으로 기재해주십시오: )

**협조해 주셔서 감사합니다!**