

フリガナ _____ 職業 _____

お名前 _____ 男・女

生年月日（ 年 月 日）

郵便番号 〒 _____ 電話番号 _____

ご住所 _____

① どちらの目の具合が悪いですか？（右目・左目・両目）

② 症状はいつからですか？

③ 来院された理由は

見えにくい・目がかゆい・目やに・目が痛い・充血・涙が出る・けいれんする
黒い点が見える・乾く・まぶしい・二重に見える・物がゆがんで見える
健診結果で要受診・その他 _____

眼鏡、コンタクト（1Day, 2Week, ハード）処方希望（初めて、既装用）

本日コンタクト装用（あり〈1Day, 2Week, ハード〉・していない）

④ 今まで眼の病気で眼科にかかったことはありますか。

なし・あり いつ頃 _____ 病名 _____

⑤ LASIK等屈折矯正手術は受けられていますか。（あり・なし）

⑥ タバコは吸われますか。（吸わない・以前吸っていた・今吸っている）

⑦ 家族で目の病気の方はいらっしゃいますか。（緑内障・その他）

⑧ 今まで体の病気で特に指摘されたことはありますか。

なし・あり（高血圧・糖尿病・心臓病・ヘルペス）その他 _____

⑨ アレルギー性疾患の既往はありますか。

なし・あり（花粉症・喘息・アトピー・薬のアレルギー 薬名 _____）

⑩ 現在使われているお薬はありますか。（なし・あり 薬名 _____）

麻酔の注射を受けたことはありますか。（あり・なし）

⑪ 女性の方：現在妊娠されていますか。（いいえ・はいく ヶ月）

現在授乳中ですか。（いいえ・はい）

⑫ このあと車や自転車に乗る予定はありますか。（あり・なし）

ありがとうございました。受付に渡してお待ちください。