

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

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)

装用している場合：メーカー：_____ 度数：_____

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 ____ 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。