

職業

男・女

生年月日 (年 月 日)

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。