

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成
名前	様 男 ・ 女		年 月 日
住所	〒 — — (携帯等)	職業	
電話	(ご自宅) — — (携帯等)	—	—

## 1. 本日はどういふことで来院されましたか？

( 日前から、 ヶ月前から、 年前から)

( 右目 ・ 左目 ・ 両方 )

物が見えにくい 目がかゆい 目が赤い目ヤニが出る 目が痛い 涙が出る黒いものが飛んで見える 目の検診眼鏡を作りたいオルソケラトロジー マイオピン (近視進行抑制点眼治療)コンタクトを作りたい ( 経験なし ・ あり : 種類 )その他 ( )

気になる箇所に印をつけてください。

右 眼



左 眼



## 2. 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい・いいえ) (病名: 手術:あり ・ なし )

## 3. 今現在、かかりつけの病・医院がありますか？

(高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・結核・喘息・その他・ なし )

## 4. 今現在、服用している薬がありますか？ (はい・いいえ)

薬剤名 ( ) (お薬手帳持参されている方は記入不要です)

## 5. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ) (薬: 食べ物: その他: )

## 6. 家族の中に目の病気をした方がいますか？

(はい・いいえ) (病名: 病院名: )

## 7. 女性の方のみ、お答えください。現在妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ )

## 8. お子様の場合 (小学生以下) は体重を記入してください ( kg)

## 9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

知人・家族の紹介 (ご紹介者 ) くちこみ 看板インターネット 他院の紹介 ( )その他 ( ) ご記入ありがとうございました。