

ふりがな		生年月日	大正・昭和・平成・令和
名前	様 男 ・ 女		年 月 日
住所	〒 —	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 (☐散瞳希望) ☐目の検診☐眼鏡を作りたい☐オルソケラトロジー ☐リジュセア・ミニ点眼薬 (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)☐糖尿病合併症精査 (☐散瞳希望) ☐眼底検査希望 (☐散瞳希望)☐その他 ()☐今回の症状で他の眼科で診てもらったことがある ()

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。