

フリガナ	男 ・ 女	生 年 月 日	昭和	年	月	日
お名前			平成			
ご住所 〒	自宅電話番号： ()		携帯電話番号： ()			

充血・めやにが強い方は、直接受付へお申し出ください。

今回ご来院の目的、全身状態などについてお尋ねいたします。お分かりになる範囲でご記入ください

1. 本日の眼の症状を教えてください。

① どちらの眼ですか？ (○をつけてください) (右眼 左眼 両眼)

② いつ頃からですか？
() 頃から

③ どのような症状ですか？ (当てはまるものすべてに○をつけてください。)

- ・めやに ・充血 ・かゆみ ・痛み ・まぶたのできもの ・まぶたのはれ
- ・涙が出る ・眼が乾く ・逆さまつげ ・まぶしい ・ゴミが入った
- ・何かが飛んでみえる ・ゆがんでみえる ・眼が疲れる ・ドックなどの健診結果で再受診
- ・視力低下 (急に ・ 徐々に) ・眼がかすむ
- ・その他 (具体的に記入してください →)

④ メガネを合わせたい

⑤ コンタクトレンズを合わせたい

- ・ コンタクトレンズは初めて
- ・ 過去に使用したことあり (いつ頃：) (レンズ種類：)
- ・ 現在も使用中 メカ名・レンズ名・度数など分かる範囲で記入してください
()

2. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか？

① いいえ

② はい ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・腎臓病 ・肝臓病 ・リウマチ
・その他 ()

3. 現在、飲んでいる薬はありますか？

① いいえ

② はい → お薬手帳を持参されていますか？ (はい ・ いいえ)

4. 今まで薬でアレルギーがおきたことはありますか？

① いいえ

② はい

その他、症状や伝えたい事があればお書きください

5. 現在、妊娠・授乳はされていますか (女性の方へ)

① いいえ

② 妊娠中 (現在 月 日)

③ 授乳中

にいつ眼科をどのようにお知りになりましたか

- ホームページ コミ
- 家族が通院 以前に受診
- その他

6. 現在、コンタクトレンズを使用している方へ

本日はコンタクトレンズを装着 (している ・ していない)

ありがとうございました。