

(ふりがな)

お名前 _____ 性別（男性・女性）年齢（__歳）

1) どんな症状がありますか？ *症状のない方は(ウ)へお進み下さい(ア) 症状のある眼は 右眼 左眼 両眼 です

(イ) 下記症状は 今日 ・ _____日前 ・ _____ヶ月前 ・ _____年前 からあります

目が赤くなった(充血している) 目やにがでる 涙が出る 目が痛いごろごろする ゴミが入った 目をぶつけた 目が乾くまぶたが腫れている まぶたのできもの 黒いものが見える・光が見えるかすむ・見えにくい 眼鏡作成希望 まぶしい 2重に見える(ウ) 定期受診 健診の再検査 糖尿病の眼科健診 他院からの紹介 手術希望

その他 具体的に記入してください

2) メガネ・コンタクトレンズを使用したことがありますか？ はい ・ いいえ(メガネ・コンタクトレンズ)を 持っている(_____年前作製)・持っていない⇒ 当院でコンタクトレンズの処方を受けたことが(ある ない)3) 今まで(あるいは現在)眼科を受診、通院したことがありますか？ない ある ⇒ いつから(_____年頃から) 医療機関名(_____)病名(_____) 眼科手術歴 ない ある ⇒ _____年前4) 現在、治療中の病気はありますか？ なし *ありの方は下記ご記入をお願いします糖尿病 高血圧 心疾患 喘息 花粉症 その他(_____)

⇒ いつから(_____年頃から) 医療機関名(_____)

5) 現在、使用中の薬はありますか？ なし *ありの方は下記ご記入をお願いしますありの方 ⇒ お薬手帳を持参(している・していない・持っていない)6) 薬や食べ物のアレルギーはありますか？ なし あり(内容: _____)7) 本日はどなたか一緒にいらしていますか？ 一人で 家族と(続柄: _____)

※一緒にいらした方の氏名のご記入をお願いいたします。 氏名 _____

ご記入ありがとうございました

担当 (_____)