

はじめて来院された患者様へ

尚、ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為のみに使用いたします。 平成 年 月 日

ふりがな		男・女	生年月日	明・大・昭・平
お名前				年 月 日生(歳)
ご住所	〒		電話	

1. あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

2. どのように具合が悪いのですか？

- ・かすむ ・痛い ・めやに ・充血 ・目をぶつけた ・ゴミや液体が入った ・かゆい ・はれている
- ・ゴロゴロする ・涙目 ・黒い点が見える ・物が2つに見える ・視野が欠けている
- ・メガネを作りたい ・コンタクトを作りたい ・目の病気がないか心配(緑内障 ・ 白内障 ・ その他)
- ・学校／成人病検診
- ・定期検査() ・その他()
- ・アレルギー検査(希望／相談したい) ・血管年齢(動脈硬化度)検査(希望／相談したい)
- ・緑内障の検査(希望／相談したい) ・黄斑変性の検査(希望／相談したい)

3. いつ頃からですか？

() 日前より () 週間より () 月前より

4. 今までに病気・手術をしたことはありますか？ はい ・ いいえ

- 眼 白内障 緑内障 網膜剥離 レーシック その他()
 全身 糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 自己免疫疾患 花粉症
 その他()

5. 現在、つけている目薬はありますか？ はい (市販薬 ・ 処方薬)
いいえ

6. 現在、飲んでいる薬はありますか？ はい (薬名)
いいえ

7. 薬・注射等、具合が悪くなった事がありますか？ はい (薬名)
いいえ

8. 女性の方に伺います。

- ・妊娠されていますか？ いいえ はい(週)
- ・現在授乳中ですか？ いいえ はい(週)

当院をどのようにしてお知りになりましたか
あてはまるものを○で囲んでください

- ・お知り合いからのご紹介
- ・ちらし ・ホームページ ・通りがかり ・看板
- ・その他()

診察希望の医師をお書きください。

(院長 副院長(女性医師) どちらでもよい)

ご協力ありがとうございました。