

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。 西暦 年 月 日

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

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
- ・メガネをつくりたい・コンタクトをつくりたい・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 () 週前より () 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・注射等で、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 ()

ご協力ありがとうございました。