

ふりがな		ご職業	
お名前	男	TEL (ご自宅)	
	女	TEL (携帯)	
生年月日	明・大・昭・平・令	年	月
ご住所	〒		

以下の質問について、あてはまるものを○でかこんでください。または記入・チェックをお願いします。

- ① どちらの目のことでお困りですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
- ② どのような症状ですか？
 ・見えにくい ・かすむ ・ぼやける ・だぶって見える ・まぶしい ・視野がかける ・ゆがんでみえる ・光が見える
 ・黒い点や糸くずのような物が見える ・痛い ・かゆい ・目が赤い ・腫れている ・めやにが出る ・ゴロゴロする
 ・何かが入った ・涙が出る ・目がかわく ・目が疲れる ・検診希望 ・その他 ()
- ③ その症状はいつからですか？ ()
- ④ その症状で他院を受診されましたか？ いいえ ・ はい → さしつかえなければお答えください
 ()
- ⑤ メガネまたはコンタクトレンズを使用していますか？
 メガネ コンタクト (ハード ・ ソフト) 使用していない
- ⑥ メガネ・コンタクトレンズの処方をご希望ですか？
 メガネ希望 コンタクトレンズ希望 (初めて ・ 作ったことがある) いいえ
- ⑦ 今までに目の病気・手術をされたことがありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」とお答えの方・・・ 右眼・左眼・両眼 病名 () 時期 ()
- ⑧ 今までに下記の病気にかかったことはありますか？または、現在治療中の病気はありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」とお答えの方・・・
 高血圧 ・ 糖尿病 (HbA1c %) ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 脳梗塞 ・ 他 ()
- ⑨ 現在常用中の内服薬および外用薬はありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」とお答えの方・・・ 薬品名 ()
- ⑩ 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ いいえ ・ はい
 「はい」とお答えの方・・・ 薬品名・食品名 ()
- ⑪ 飲酒について 飲まない ・ 毎日 ・ 週に () 日程度 ・ 付き合い程度
- ⑫ 喫煙について 吸わない ・ 吸う 本/日 (歳頃から) ・ 以前吸っていた (~ 歳, 本/日)
- ⑬ 女性の方に伺います。あてはまる方はチェックをお願いします。
 妊娠 () ヶ月 妊娠の可能性あり 授乳中
- ⑭ 本日はお車を運転されてご来院されましたか？ いいえ ・ はい
- ⑮ ご要望がありましたら、ご記入ください。