初めて受診される方へ

ふりがな

お名前　：　　年齢　：　　歳　　性別　：　男　・　女

本日はどうなさいましたか？　（必要な項目の記入とあてはまる項目に〇をつけてください）

①一般診察　　②メガネ処方　　③コンタクトレンズ処方

1.　現在気になる症状はありますか

な い　・　あ る　（右目　・　左目　・　両目 /いつ頃から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

「あ る」　と答えた方、どのような症状がありますか

（　　）眼が赤い　（　　）メヤニがでる（　　）ゴロゴロ・チクチクする（　　）涙っぽい

（　　）眼が痛い　（　　）眼がかゆい　（　　）眼が乾く　（　　）眼をぶつけた

（　　）瞼の腫れ　（　　）ゴミが入った（　　）見えにくい（　　）黒いもの・光が見える

（　　）健康診断で指摘された　　その他　具体的に（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

2.　現在お薬・目薬は使用されていますか(内服・点鼻薬なども記入ください)

いいえ　・　は い　　薬品名（＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

3.　今まで眼の病気をしたことがありますか

な　い　・　あ る　　（いつ頃＿＿＿＿どんな病気でしたか＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

4.　次の病気にかかったことがありますか　（現在治療中のものも含む）

な　い　・あ　る

高血圧→血圧の値（＿＿＿／＿＿＿）　　糖尿病→血糖値・HbA1c（＿＿＿・＿＿＿）

心臓病　・肝臓病　・腎臓病　・アレルギー性鼻炎　・アトピー　・喘息　・その他(＿＿＿＿＿＿＿)

5.　薬が合わなくて困ったことはありますか

な　い　・　あ　る　　（合わないお薬の名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿）

6.　血のつながった方で眼の病気にかかった方はいますか

いない　・　い　る　（緑内障・網膜剥離・その他＿＿＿＿＿）　どなたですか(＿＿＿＿＿)

7.　メガネは使っていますか

いいえ　・　は　い（遠く用・手元用・遠近両用）→本日はおもちですか　いいえ　・　は　い

8.　コンタクトは使っていますか

いいえ　・　は　い

（１日タイプ・２週間タイプ・１ヶ月タイプ・カラーor サークルタイプ・常用ソフト・ハード）

レンズの名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿レンズの度数(右)(＿＿＿＿)(左)(＿＿＿＿)

使用時間(＿＿＿時～＿＿＿時まで使用／週＿＿＿日 or 月＿＿＿日使用　使用年数(＿＿年前から使用)

9.　女性の方にうかがいます

妊娠はされていますか　　いいえ　・　は い（＿＿週目）　・　可能性あり

授乳はされていますか　　いいえ　・　は い

10.　当院を何で知りましたか？

ご家族・知人の紹介　　他院からの紹介　　看板（駅・ビル前）　　当院ＨＰ　　その他ＨＰ

眼科紹介カード　　販売店からの紹介　　タウンページ・折込チラシ等　その他(＿＿＿＿＿)