

# 受診される方へ

ふりがな

お名前( )様 ( )歳 男・女

本日のご希望 (必要な項目の記入とあてはまる項目に○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   ( )ゴミが入った  
( )見えにくい   ( )黒いものが見える   ( )光が見える

その他 (具体的に) [

2. 現在お薬・目薬は使用されていますか

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

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・常用ソフトレンズ・ハードレンズ)

レンズの名前

使用時間( 時~ 時まで使用 / 週 日 又は 月 日使用)

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( ヶ月)・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( )

スタッフ記入欄