

# はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな

お名前

男 携帯( ) —  
女 自宅( ) —

ご住所 〒

生年月日 大・昭・平

年 月 日

ご職業

## ① 本日はどうされましたか。

見えにくい (遠く・近く・両方 / かすむ / ゆがむ / 二重に見える)

黒いものが飛ぶ  光が走る  まぶしい

目が赤い  めやに  まぶたの腫れ・できもの

かゆい  痛い  目に何か入った ( )

乾く  涙が出る  違和感 (ころころ)

目が疲れる  糖尿病の眼底検査希望

健診で異常を指摘 ( )

目の位置が気になる (斜視)

メガネ処方希望 (遠く用・近く用・遠近両用)

コンタクトレンズ処方希望 (使い捨て 1day/2week・ハード)

※当院ではコンタクトレンズを安全に使用していただくために処方箋のみの発行は行っていません

その他 ( )

## ② 症状があるのはどちらの目で、いつからですか。

右目  左目  両目 \_\_\_\_\_ から

※本日、コンタクトレンズを装用されていますか。

いいえ  はい →  使い捨てソフト (  1日  2週間 )  ハード  ソフト

## ③ 今までに目の病気や目の手術をしたことがありますか。(レーシック含む)

いいえ  はい → 病名 ( )

いつ頃 ( )

## ④ 本日、次のものをご自身で運転してこられましたか？

車  バイク  自転車  シルバーカー  電動車いす

上記以外の方法で来院 ( )

裏面もご記入ください

⑤ 他に全身的な病気はありますか。

いいえ

はい→  高血圧     脳出血     狭心症     肝機能障害     アトピー  
 糖尿病     脳梗塞     不整脈     気管支喘息     リウマチ  
 腎臓病     高脂血症     心筋梗塞     前立腺肥大  
 シェーグレン症候群     甲状腺機能(亢進症 / 低下症)  
 その他( )

⑥ 現在服用中のお薬や使用中の目薬はありますか。

お薬手帳があればお出してください。

いいえ

はい→薬剤名( )  
                  どちらの病院で処方されましたか( )

⑦ 今までに薬や注射などのアレルギーや花粉症はありましたか。

いいえ

薬品アレルギー( )  
 花粉症・食物・動物などその他のアレルギー( )

⑧ 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？

いいえ     妊娠中(    月)     授乳中

⑨ 当院を何でお知りになりましたか？

知人・家族の紹介(ご紹介者様: )

他病院の紹介(病院名: )

自宅から近い    職場から近い

インターネット(当院サイト・Google・Yahoo!・その他)

看板広告

ご記入ありがとうございました