

初めて診察をお受けになる方に

平成 年 月 日

当院では初診時の診察をスムーズに行うために、診察前に以下の事項へご記入いただいております。お手数ですがご協力をお願い致します。

| | | | |
|--|--------|----------|----------|
| ふりがな | | 生年月日 | |
| 氏名 | 男 | 大正 昭和 平成 | 年 月 日 |
| | 女 | ご職業 | |
| 住所 | 〒 | | |
| 連絡先 | 自宅 () | — | 携帯 () — |
| <p>今日はどうされましたか？ それはどちらの目ですか？（右目・左目・両目）</p> <p> <input type="checkbox"/> 目が赤い・充血 <input type="checkbox"/> 見にくい <input type="checkbox"/> 健診で異常を指摘された <input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> 目をぶつけた <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> 目がかゆい <input type="checkbox"/> ゆがんで見える <input type="checkbox"/> 目が重い・疲れる <input type="checkbox"/> 目が痛い <input type="checkbox"/> 光が走る <input type="checkbox"/> 目が乾く・こころする <input type="checkbox"/> 目が腫れた <input type="checkbox"/> 黒いものが飛んで見える <input type="checkbox"/> さかまつげ <input type="checkbox"/> 目にできものができた <input type="checkbox"/> 白内障手術希望 <input type="checkbox"/> まぶたが下がってきた <input type="checkbox"/> 眼鏡処方希望 <input type="checkbox"/> 糖尿病の眼底検査希望 <input type="checkbox"/> その他（具体的に） <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ処方希望 () </p> <p>※当院では基本的にコンタクトレンズ処方箋のみのお渡しはしていません。</p> | | | |
| <p>いつからですか？</p> <p>日前から ・ 週間前から ・ か月前から ・ 年前から</p> | | | |
| <p>今までに目の病気をしたり眼科にかかったことはありますか？（はい・いいえ）</p> <p>いつ 病名</p> | | | |
| <p>今までに目の手術を受けたことはありますか？（はい・いいえ）</p> <p>いつ 白内障・緑内障・網膜・その他</p> | | | |
| <p>レーシック、屈折矯正手術などを受けたことはありますか？（はい・いいえ）</p> | | | |

※ 裏面もご記入ください

以下の病気にかかったこと、現在治療中のものはありますか？

糖尿病（あり なし） 気管支ぜんそく（あり なし）
高血圧（あり なし） アトピー（あり なし）
心臓病（あり なし）→ありの方 不整脈 狭心症 心筋梗塞 その他
脳疾患（あり なし）→ありの方 脳梗塞 脳出血 その他
その他（病名： ）

どちらに通院されていますか？

病院名

薬や食べ物のアレルギー、花粉症などアレルギー体質はありますか？

薬アレルギー（あり なし）ありの方→何のアレルギーですか？
食べ物アレルギー（あり なし）
花粉症（あり なし）

女性の方にお聞きします。 妊娠の可能性はありますか？（はい ・ いいえ）
現在妊娠中の方 →（ヶ月）
授乳中ですか？（はい ・ いいえ）

当院をどちら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 通りがかり
看板広告 ホームページ 電話帳（タウンページ）

ご協力ありがとうございました