

●●● お手数ですが、ご記入願います ●●●
 ご記入が難しい方は、スタッフが代わって聴取しますのでお申し出ください。

ふりがな		ご住所	〒 ー		
お名前					
自宅電話	() ー	性別	男・女	13歳以下の方	体重 Kg
携帯電話	() ー	生年月日	大正・昭和 平成・令和 年 月 日 (歳)		
本日、コンタクトレンズ装用中ですか? はい・いいえ					

・本日のご来院についてお尋ねします。

①どちらの目に?(右目・左目・両目) ②いつ頃から?(今日から・ 前から)

③どのような症状で?(最も気になる症状の□欄に√(チェック)してください。)

- ・まぶたが □かゆい □赤い □腫れた □痛い
- ・目が □かゆい □赤い □腫れた □涙が出る □目やにが出る(多・少)
- ・□物が見えにくい(遠く・近く)
- ・□目が疲れる
- ・□目を打った(いつ?)
- ・□黒色～透明な物が飛ぶ
- ・□眼鏡処方を希望
- ・□学校、保育所検診
- ・□検診、人間ドックより精密検査の依頼
- ・□その他

・現在または過去に目の病気にかかったことは?

いつ頃() 病名()

眼科名() 処方薬()

・現在、他の病気にかかっている。

または今までに大きな病気・手術を受けられたことはありますか?

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎肝臓疾患 ・ リウマチ ・ 風邪 ・ 喘息
 肺疾患 ・ 花粉症 ・ 精神病 ・ アトピー性皮膚炎 ・ アレルギー()
 その他()

病院名() お薬手帳(ある ・ ない)

・薬や注射で気分が悪くなったり発疹が出たことは?

□いいえ □はい いつ頃?() 薬・注射の名前()

・ご来院のきっかけを教えてください

- ・□ご家族、知人の紹介(お名前:)
- ・□近所・通りがかり
- ・□携帯、ホームページを見て
- ・□看板
- ・□その他

・現在妊娠中、妊娠している可能性がありますか?または授乳中ですか?

・□いいえ ・□はい(妊娠週数? 週目)