

はじめて受診される患者さんへ

年 月 日

ふりがな 受診者氏名	職業()
(男・女) 生年月日 大 昭 平	年 月 日 () 才
住 所 〒 -	
TEL() -	携帯電話 - -

※住所や電話番号の記入に関して、不都合のある方はお申しつけ下さい。

- 1. どんな症状ですか？**

 - ・見にくい（近く、遠く）・痛い・かゆい・目が赤い・目が疲れる
 - ・なにかができた・めやにがでる・異物感・浮遊物がみえる・かわく
 - ・めがね、コンタクトが作りたい・その他()
- 2. どちらの目ですか？(○で囲んで下さい。)**

 - ・ 右目 ・ 左目 ・ 両目
- 3. いつごろからですか？**

 - ・ 今日から ・ 日前より ・ 週間前より ・ か月前より ・ 年前より
- 4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？**

 - ・ ない
 - ・ ある ・ アレルギー性結膜炎(花粉症)・ はやり目・ 緑内障・ 白内障
 - ・ 網膜剥離・ 目のケガ・ 角膜ヘルペス・ その他()
- 5. 今までに手術を受けたことがありますか？**

 - ・ ない ・ ある(眼 科： 他科：)
- 6. 現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか？**

 - ・ ない ・ 糖尿病・ 高血圧・ ぜんそく・ 心臓の病気・ アトピー・ 腎臓病
 - ・ その他()
- 7. 現在目薬や飲んでいるお薬はありますか？**

 - ・ ない ・ ある(おわかりになれば薬の名前を記入して下さい)
 - ()
- 8. 薬や注射のアレルギーはありますか？**

 - ・ ない ・ ある()
- 9. メガネ、コンタクトレンズは使われていますか？**

 - ・ いいえ ・ はい(メガネ・ 老眼鏡・ コンタクトレンズ)
- 10. 以下に該当する方は○をつけて下さい。**

 - ・ 自動車を運転してきた ・ 妊娠中(週) ・ 授乳中
- 11. 当院を何でお知りになりましたか？**

 - ・ 当院を直接見て ・ 他院より紹介 ・ ホームページ(携帯・パソコン) ・ 看板広告
 - ・ タウンページ ・ 家族から ・ 友人知人から(様よりご紹介)
 - ・ その他()

