

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 令 年 月 日 () 才	
住 所 〒	—
携帯電話	— — 自宅 — —

※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 ・かわく
 ・何かができた ・目が腫れた ・めやにがでる ・異物感 ・浮遊物が見える
 ・めがね、コンタクトが作りたい ・学校検診 ・その他 ()
- 2. どちらの目ですか？**
 ・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 ・()ヶ月前より ・()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 ・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ください)
 ()
- 8. 薬や注射のアレルギーはありますか？**
 ・ない ・ある ()
- 9. めがね、コンタクトレンズは使われていますか？**
 ・いいえ ・はい(めがね・老眼鏡・コンタクトレンズ)
 ↳ (1day・2week・ハード・その他)
- 10. 以下に該当する方は○をつけてください。**
 ・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 ・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 ()