

はじめてご来院された方へ

ご記入いただいた情報は大切に管理し診療行為のみに使用いたします。

フリガナ		西暦	年	月	日生
お名前	様	男	・	女	御年齢
御住所	〒	電話	自宅	—	—
			携帯	—	—

- あなたの目の具合がわるいのはどちらですか？（右眼 左眼 両眼）
- どのように具合がわるいのですか？ 当てはまるものにチェック☑をいれてください。
赤い 目やにがでる 痛い ゴロゴロする かゆい はれている
見えない つかれる まぶしい 涙が出る 黒い点が見える
かすむ〈霧がかかった感じ〉（遠くが ・ 近くが ・ 両方が）
ぼやける〈ピントがあわない感じ〉（遠くが ・ 近くが ・ 両方が）
二重に見える（両眼で ・ 右眼で ・ 左眼で）
メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい
その他（_____）
- いつ頃からですか？
 （_____）日前より （_____）ヶ月前より （_____）年前より
- 今まで目の病気をしたことがありますか？
 ない ある（病名および時期_____）
- 今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？（例：食べ物、花粉等）
 ない ある 何アレルギーで、どんな症状が出ますか？_____
- 飲み薬・注射・目薬等で具合が悪くなったことがありますか？
 ない ある（何の薬剤で、どんな症状でしたか？_____）
- 今まで（現在）眼以外の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？
 ない
 ある（高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ・喘息・蓄膿症・脳梗塞）
 手術（_____） その他（_____）
- パソコンを使用しますか？
 いいえ はい〔1日（_____）時間くらい使用〕
- メガネを使用していますか？
 いいえ はい〔現在使用のメガネを（_____）年前・（_____）ヶ月前 頃つくりました〕
- コンタクトレンズを使用しますか？
 いいえ はい 1日の装用時間 : ~ : 週に 日間使用
 使用歴： 年（ハード 年・ソフト 年）
 現在ご使用のコンタクトレンズ名と度数（_____）
- 女性の方にうかがいます
 妊娠していますか？〔 いいえ はい（ ヶ月） 可能性あり 〕
 現在授乳中ですか？〔 いいえ はい 〕
- 現在服用中のお薬や、点眼中の目薬はありますか？ ※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください。
 ない ある（薬剤名：_____）