

ふりがな		男・女	職業・お仕事内容		
お名前					
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月	日	生まれ 歳
住所	〒				
電話番号（ご自宅）：		携帯：		緊急連絡先：	
本日、当院までの交通手段			普段はなにで生活されていますか？		
・徒歩・自転車・バイク・車(運転)・送迎・電車			・裸眼 ・眼鏡 ・コンタクト		

1：いつ頃からですか。 今日（ 日 前 / カ月前） 朝・昼・夕・夜 から

2：どこがですか。 右目 左目 両目 まぶた その他（ ）

3：本日はどのような症状でお困りですか。来院理由をまるで囲んでください（複数可）

症状	痛い かゆい 赤い 目ヤニ 異物感 腫れている 疲れ眼 涙が出る
きっかけ	物が当たった ものが入った わからない
見え方	視力低下（遠くが・手元が） かすむ ぼやける 視野がかける
	光が見える 黒い点・糸の様なものが見える 二重に見える 物が歪んでみえる
	眼鏡を作りたい（持参あり・持参なし） コンタクトを作りたい（経験あり・未経験）
健診	学校検診 就学時健診 3歳児検診 健康診断による受診 斜視の疑い
その他	手術、治療の相談（ 白内障 ・ 緑内障 ・ ICL ・ その他 ）

4：最後に眼科を受診されたのはいつですか。 なし あり ⇒いつ（ ）

病院名：	治療内容：
------	-------

5：眼の手術をされたことはありますか？ なし あり ⇒いつ（ ）

病院名：	治療内容：
------	-------

6：今までに下記病気にかかったことはありますか？ もしくはかかっていますか？

糖尿病 高血圧 不整脈 花粉症 アトピー性皮膚炎 喘息 肝疾患 腎臓疾患 脳疾患 心疾患
その他（ ）

7：現在、使用しているお薬はありますか？
お薬手帳をお持ちの方はお出しください

--

8：その他、アレルギーはありますか？

--

9：女性の方へ

妊娠中ですか？ はい（ カ月） いいえ 不明
授乳中ですか？ はい いいえ

10：他、ご質問ございますか？

--

