

|                               |                               |     |                   |          |
|-------------------------------|-------------------------------|-----|-------------------|----------|
| 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 |                               |     | ・ 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 乾燥感      |
| 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 健康診断で指摘があった 斜視の疑い        |
| 治療・手術 | 近視進行抑制 ・ 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てください

|  |
|--|
|  |
|--|

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：その他質問や伝えておきたい事があれば、  
ご記載下さい

|  |
|--|
|  |
|--|

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までお持ちください。