



フリガナ

お名前 男 (大正 昭和) 年 月 日生
女 (平成 令和)

〒 住所

☎電話番号 () 携帯電話 ()

① どのような眼の症状ですか?
[右眼・左眼・両眼]が 前から
見づらい かすむ ぼやける 充血 目やに 涙がでる 腫れ
かゆい 痛い 重い ぶつけた 学校・職場検診で指摘された
その他 ()

② 特に希望される眼の検査はありますか?
視力検査 白内障検査 緑内障検査 眼底検査
眼鏡処方 コンタクトレンズ処方 アレルギー検査 (8項目・39項目)

③ 今まで眼の病気を指摘されたことはありますか?
結膜炎 円錐角膜 白内障 緑内障 眼底出血
斜視 ドライアイ その他 ()

④ 眼の手術を受けたことはありますか?
レーシック 白内障 緑内障 斜視 網膜レーザー 網膜剥離
まぶた その他 ()

⑤ 何かからだの病気や症状はありますか?
高血圧 心臓病 脳疾患 糖尿病 肝炎 喘息 アトピー
花粉症 その他 ()

⑥ コンタクトは、普段装用していますか?
いいえ ・ はい (1日使い捨て・2週間使い捨て・ハードコンタクト)
今、装用していますか? (いいえ ・ はい)

⑦ 目薬、飲み薬、注射等で具合が悪くなったことはありますか?
なし ・ あり (どんな薬ですか?) ()

⑧ 現在使われているお薬はありますか?
なし ・ あり (どんな薬ですか?) ()

⑨ 女性の方で現在妊娠・授乳されていますか?
いいえ ・ はい (妊娠 か月 ・ 授乳中)

⑩ 仕事・学習・趣味等で眼をよく使いますか?
いいえ ・ はい (内容 ()

⑪ 当院をどこでお知りになりましたか?
家が近所 看板 電柱広告 バス放送 インターネット
知人の紹介 他院からの紹介 その他 ()