

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？

--

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。