

(フリガナ)

お名前: _____ 男・女

生年月日: 明治・大正・昭和・平成・令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____

ご住所: _____ 電話番号(_____) _____

1) 今日、どの様なことで来られましたか？

いつ頃から、どちらの目に、どの様な症状がありますか？

_____ 年 _____ 月 _____ 日頃から、または _____ 年 _____ カ月 _____ 日前から

右目、左目、両目

2) 下記のような症状がありますか？

目が赤い 目やに 涙が出る かゆい 異物感 眼痛 頭痛最近、かすんで見える、見えにくい。 だいぶ前から、徐々に見えにくくなった。急に見えなくなった。

3) 普段は、メガネやコンタクトレンズをお使いですか？

使用していない メガネ(遠用) メガネ(近用, 読書用) コンタクトレンズ4) 今までに目の病気を言われたことがありますか？ なし あり→分かれば書いて下さい。

(病院・眼科医院名: _____)(病名: _____)

(病院・眼科医院名: _____)(病名: _____)

5) 今までに目以外の病気を言われたことがありますか？ あるいは治療中の病気がありますか？

なし 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 腎臓病 皮膚の病気その他(_____)6) 現在、病院・医院にかかっていますか？ なし あり→病名も分かれば書いて下さい。

(病院・医院名: _____)(科: _____)(病名: _____)

(病院・医院名: _____)(科: _____)(病名: _____)

7) 常用している薬がありますか？

ない わからない ある → それは何種類ですか？ (_____)種類

8) 過敏症・特異体質・アレルギーと言われたことがありますか？

ない わからない ある → 薬, 食べ物など(_____)

9) 血縁の方で、目の病気にかかった方がいますか？

いない わからない いる → 続柄: _____ 病名: _____

続柄: _____ 病名: _____ 続柄: _____ 病名: _____

10) 今までに目薬をいれて眼底検査をしたことがありますか？ ない わからない ある

11) 今日の交通手段は何ですか？

歩いて 自転車 バイク 自動車(自分で運転して来た)タクシー バス・電車 自動車(乗せてもらって来た)

12) 他に何か伝えたいこと、希望することがあれば書いて下さい。

記入日: 令和・西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日, 記入者(本人, または: _____)

→記入が終わりましたら、受付に手渡して下さい。