

# 初めて来院された方へ

以下、診察に必要な事柄になりますのでご協力下さい。  
尚、ご記入いただいた情報は大切に保管し、診療行為  
にのみ使用致します。

令和 年 月 日

フリガナ			
お名前			
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生	年齢	歳
自宅	( )	性別	男・女
携帯	( )		
ご住所	〒		

1.あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

2.どのように具合が悪いのですか？

- ・見えない ・かすむ( 遠く・近く・両方 ) ・ぼやける( 遠く・近く・両方 )
- ・二重に見える( 遠く・近く・両方 ) ・痛い ・かゆい ・はれている
- ・疲れる ・赤い(充血) ・目ヤニが出る ・涙が出る ・ゴロゴロする
- ・まぶしい ・黒い点が見える ・その他( )
- ・白内障検査 ・眼底検査 ・メガネを作りたい ・コンタクトレンズを作りたい
- ・健康診断・身体検査で( )と言われた

3.上記の症状はいつ頃からですか？

( )日前より ( )ヶ月前より ( )年前より

4.今まで眼の病気をしたことがありますか？

ない ・ ある どの病気ですか？( )  
いつ頃( )

5.他の眼科へ通院中、または通院歴がありますか？

ない ・ ある

病名( )

点眼薬名( )( )( )

6.今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない ・ ある どのような症状でしたか？( )

7.飲み薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

ない ・ ある どのような症状でしたか？( )

8.現在、過去に眼以外の病気にかかったり、手術を受けたことはありますか？

特にない ・ ある ※「ある」と回答の方は以下のいずれかに○をして下さい。

( ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ ・ 喘息  
・ 鼻炎 ・ 感冒 ・ 手術( ) ・ その他( ))

9.女性の方に伺います

- ・現在妊娠していますか はい(妊娠 ヶ月) ・ いいえ ・ 可能性がある
- ・現在授乳中ですか はい(生後 年 ヶ月) ・ いいえ

10.当院をどのようにお知りいただきましたか？(複数回答可)

・家族・知人紹介 ・ホームページ ・駅看板 ・その他