

初めて受診される方

令和 年 月 日

(フリガナ)

■氏名 _____ (男 ・ 女)

■生年月日(大・昭・平・令) _____ 年 _____ 月 _____ 日 ■年齢 (_____ 歳)

■住所 〒 _____ ■職業 _____

_____ ■電話 _____

◆ 本日はどのような症状でお困りですか？ 当てはまる症状に○をつけてください。

- | | |
|-----------|---------------------------|
| 1. 目やにが出る | 8. 見えにくい (遠く ・ 近く ・ 両方) |
| 2. 目が赤い | 9. 目がかすむ |
| 3. 目が痛い | 10. 疲れ目 |
| 4. ゴロゴロする | 11. 飛んでいるものが見える |
| 5. 目が腫れた | 12. メガネを作りたい |
| 6. 目がかゆい | 13. コンタクトレンズを作りたい |
| 7. 目が乾く | 14. その他 (_____) |

◆ それはいつ頃からですか？ (_____ 頃から)

◆ どちらの目ですか？ (右目 ・ 左目 ・ 両方)

◆ 普段コンタクトレンズを装用していますか？

1. はい (毎日 ・ 時々) ➔ 本日装用 : している ・ していない
➔ 使っているコンタクトレンズの種類 (1d ・ 2w ・ ハード ・ その他)
2. いいえ

◆ 眼科での手術歴はありますか？

1. はい (いつ : _____ どこで : _____ 手術 : _____)
2. いいえ

◆ 体に合わない飲み薬、注射はありますか？

1. はい (_____)
2. いいえ

◆ 現在、内科や脳外科・その他の病院で治療中の病気はありますか？

1. はい (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 脳疾患 ・ その他 (_____))
2. いいえ

◆ 当院をどちらでお知りになりましたか？

1. ホームページ 2. 知人の紹介 3. 通りがかり 4. その他 (_____)

ご記入ありがとうございました。