

※お手数をお掛けして申し訳ございませんが、ふりがなのご記入を必ずお願い致します。

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女

生年月日 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ 携帯番号 \_\_\_\_\_

番号札は受付  
ではお渡ししま  
せん。問診後、  
または検査後  
にお渡し致しま  
す。

①このたびはどういうことで来院されましたか？(該当するものすべてに○をつけて下さい。)

視力低下 かゆい 充血 目ヤニ 痛い 涙が出る ゴロゴロする 何か飛んで見える

腫れ 乾く 健康診断で眼科受診の指示あり めがねを作りたい コンタクト処方希望

糖尿病眼の検査 運転免許更新のため その他( \_\_\_\_\_ )

②症状はいつからですか？またどちらの目ですか？

( \_\_\_\_\_ 日前から \_\_\_\_\_ ヶ月前から \_\_\_\_\_ 年前から ) ( 右目 左目 両目 )

③本日はお車で来院されていますか？ はい ・ いいえ

④普段メガネは使っていますか？ はい ( 遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用 ) いいえ

⑤今までに目の病気や手術をされたことがありますか？

はい ・ いいえ 病名: \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

⑥コンタクトレンズを使用したことがありますか？

(はい→現在使用中・過去に使用していた ・ いいえ ・ レーシックをした)

↳本日は装用している ・ していない

⑦今までにかかったことのある病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ 前立腺 ・ その他

⑧現在かかりつけの病院と飲んでいるお薬を教えてください。

病院名・ \_\_\_\_\_ 薬の名前 \_\_\_\_\_

⑨今まで手術をされたことはありますか？※目以外もお答えください。

はい ・ いいえ いつ: \_\_\_\_\_ 病名: \_\_\_\_\_ 病院名: \_\_\_\_\_

⑩今までに薬や食べ物でアレルギーを起こされたことはありますか？

はい ・ いいえ アレルギーを起こした品名: \_\_\_\_\_

⑪家族の中に目の病気をされた方はいらっしゃいますか？

はい ・ いいえ 病名 \_\_\_\_\_

⑫女性の方のみお答えください。

(現在妊娠していますか？ はい ・ いいえ 授乳中ですか？ はい ・ いいえ )