

ふりがな		性別	男 : 女
名前		年齢	歳
生年月日	(大正・昭和・平成・令和) 年 月 日		
電話番号	()-()-()		
携帯番号	()-()-()		

●来院動機と希望を○で囲んでください。

- 眼鏡をつくりたい【 遠 / 中 / 近 】現在眼鏡を使っていますか?【 はい / いいえ】
- コンタクトをつくりたい【 ソフト / 相談 / ハード 】 【 初めて / 作り変え 】
- 手術希望【 白内障手術 / レーシック / ICL 】【その他/ 】

●現在の症状はいつごろからでてきましたか?

- 年 月頃から【 左眼 右眼 両眼 】が
- 痛い かゆい 見えにくい 充血
- めやに 黒いものが飛んで見える
- 物がゆがんでみえる。

●その他症状等があれば下記に記入してください。

【 _____ 】

●今まで他の眼科に通院したことはありますか?【はい/いいえ】

☆診断名、処方薬、手術した場合はどのような手術をされましたか?

診断名【 _____ 】処方薬【 _____ 】

手術名【 _____ 】

●現在治療している眼以外の病気はありますか?チェックしてください。

- 糖尿病 高血圧 心臓疾患 脳疾患 喘息 前立腺肥大 リウマチ
- その他【 _____ 】病名が分かれば記載してください。【 _____ 】

☆治療されている病院名【 _____ 】

●現在、使用または処方されているお薬はありますか?

【 _____ 】

●血液をサラサラにするお薬は飲んでますか?【はい いいえ】 薬の名【 _____ 】

●アレルギーのある薬はありますか?【 _____ 】

●今までにかかった病気、受けた手術はありますか【 _____ 】

●女性の方へ 現在妊娠はされていますか?【しています / していません】

●現在授乳中ですか?【はい / いいえ】

●男性の方へ 尿が出やすくなるお薬を飲んでいるか、又は今までに飲んだことがありますか?

【飲んでいます/飲んだことはありません/過去に飲んだことがあります】

●今、コンタクトレンズをつけていますか?【はい / いいえ】 はいの人【ハード/ソフト】

●当院をどのように知りましたか?チェックをつけてください。

- 知人の紹介 看板 ホームページ セミナーに参加した 近くだから

●本日の当院への交通手段にチェックをつけてください。

- 自分で運転【車 バイク 自転車】 車で送ってもらった 徒歩 電車・バス

●その他、診察医師に伝えたいことがありましたら下記へ記入をお願いします。