



ふりがな	性別	生年月日
お名前	男・女	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
ご住所 〒 -	電話番号 自宅： - - 携帯： - -	

☆受診理由を選んでください。(右眼・左眼・両眼)

- | | | |
|--|--------------------------------|--|
| ☐ 眼が赤い・充血している | ☐ 涙が出る | ☐ コロコロする |
| ☐ めやにがでる | ☐ 眼を打った | ☐ 黒いものが見える・光が走る |
| ☐ 眼がかゆい・痛い | ☐ まぶしい | ☐ めいぼ |
| ☐ 眼が疲れやすい | ☐ 斜視がある | ☐ 物がゆがんで見える |
| ☐ 眼が見えにくい | | ☐ 物が二重に見える |
| ☐ 視野が欠けている | | ☐ オルソケラトロジー希望 |
| ☐ 視力検査希望 | | ☐ 白内障手術希望 |
| ☐ コンタクトレンズ希望 | | ☐ ICL手術希望 |
| ☐ 眼鏡処方希望(遠・中・近) | | ☐ その他 |

☆上で選んだ症状はいつごろからですか。

_____ ころから

☆コンタクトレンズをつけていますか。 いいえ・はい→(ソフト・ハード)

☆アトピーはありますか。 ない ・ ある

☆いままで眼科にかかったことがあります。その病名はなんですか。

ない・ある→(病名： _____)

☆いままで眼以外の病気で手術を受けられたことがありますか。

ない・ある→(手術名： _____)

☆現在治療中、または過去にかかった病気はありますか。

いいえ・はい→(糖尿病・高血圧・心疾患・脳疾患・前立腺肥大・その他

☆お薬でアレルギーがでたことはありますか。

ない・ある→(薬の名称： _____)

☆女性の方にお聞きします。

現在妊娠中ですか？ いいえ ・ はい (現在 _____ ヲ月)

現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい

☆今日はどんな交通手段でご来院されましたか。(徒歩・自転車・バイク・車・交通機関)