

# ◆ ◆ ◆ 受診される方へ ◆ ◆ ◆

ふりがな

明 昭 令

氏名

男・女 生年月日 大 平 年 月 日

住所 〒

電話番号

携帯番号

- ① 今日はどうなさいましたか？ ※該当するものに○で囲んでください
- ・見えづらい（遠く・近く）・かすむ・物がゆがんで見える・黒い物が見える・2重にみえる・目やに
  - ・目が赤い・かゆい（目の中・まぶた）・まぶたが腫れている・目が痛い・ごろごろする・目が乾く
  - ・目が疲れる・涙が出る・ごみが入った・メガネの処方箋・コンタクトの処方箋（初めて・使用者）
  - ・学校検診 検診、人間ドッグにて受診するようすすめられた
  - ・その他〔 〕
- ② 症状はいつ頃からですか？（ ）
- ③ どちらの目ですか？ 右目・左目・両目
- ④ メガネを使用していますか？ はい・いいえ
- ⑤ コンタクトレンズを使用していますか？ はい（1DAY・2WEEK・ハード）・いいえ
- ⑥ 本日車の運転をしますか？ はい・いいえ
- ⑦ 今までに目の病気（ケガ）や治療・手術をしたことはありますか？ はい・いいえ  
（白内障・緑内障・硝子体・レーシック・ICL・他 　　）
- ⑧ 血縁関係の中で緑内障の人はいますか？ はい・いいえ
- ⑨ 現在、治療中（通院中）以前かかった病気はありますか？ はい・いいえ  
高血圧 糖尿病 心疾患 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患 脳疾患 / 整形外科 その他（ 　　）  
かかりつけの病院（ 　　）
- ⑩ 現在、使用中の薬はありますか？（市販薬も含め） はい・いいえ  
（薬の名前： 　　）お薬手帳は、ありますか？ 持っている・持っていない
- ⑪ アレルギーまたは、薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？ はい・いいえ  
花粉症 アトピー 喘息 食物 薬（ 　　） その他（ 　　）
- ⑫ 女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか？ していない 妊娠（ 　　）か月 授乳中 不明
- ⑬ 小学生以下の方へ 通っていない・保育園・幼稚園・小学校（ 　　）年生 体重（ 　　）kg
- ⑭ 診察時に、何かご希望やご相談されたいことはございますか？

ご記入ありがとうございました。