

お名前	フリガナ	生年月日	大正・昭和・平成	年	月
		性別	男・女		
ご住所	電話番号 ()				

1. 本日は、どうなさいましたか？ (該当するもの全てに○で囲んでください)

_____ 日位前から (両眼 ・ 右眼 ・ 左眼)

腫れ ・ 痛み ・ かゆみ ・ めやに ・ 充血 ・ ゴミが入った ・ 疲れる
異物感 (ゴロゴロ) ・ 見えにくい ・ 涙が出る ・ ゴミが見える
(二重に・歪んで) 見える ・ 学校、会社の検診で再検査を勧められた
眼鏡処方 ・ その他 ()

※ 現在、(コンタクトレンズ ・ 眼鏡) を (使っている ・ 使っていない)

2. アレルギー検査をご希望されますか？ (院長目のみ) はい ・ いいえ ・ 相談

※ 花粉など原因アレルゲンがわかる。8項目が20分程度で特定できます。

※ 保険/受給者証適応。 3割負担3090円

3. 現在治療中の病気は、ありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 肝臓病 ・ 高コレステロール (高脂血症) ・ 腎臓病
その他 ()

内服薬は、服用中ですか？ はい ・ いいえ

4. 今までに薬で具合が悪くなった事がありますか？ はい ・ いいえ

薬剤名

5. 点眼薬 (他院にて処方された) は、使用していますか？ はい ・ いいえ

薬剤名

6. 今までに眼の手術を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜はく離 ・ レーシック ・ その他 ()

どちらの眼ですか？ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

いつ頃ですか？ ()