

# 初めて受診される患者さんへ

年 月 日 ( )

フリガナ お名前						性別 ( 男性 ・ 女性 )
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	才
住 所						
電話番号	( )	-				

① いつ頃から調子が悪いですか？

( ) 日前、( ) ヶ月前、( ) 年前から

② どちらの目ですか？ ( 右 ・ 左 ・ 両方 )

③ どのような症状ですか？

- ・ かすむ
- ・ 見えにくい ( 手元 ・ 遠く )
- ・ メガネの作成
- ・ 虫や糸くずのような物が見える
- ・ 物が2つに見える
- ・ 見える範囲が狭くなった
- ・ まぶたがはれている
- ・ その他 ( )
- ・ コンタクトレンズの作成 ( ハード ・ ソフト )
- ・ ごろごろする
- ・ 痛い ( 眼痛 ・ 頭痛 )
- ・ かゆい
- ・ 涙が出る
- ・ 目やにがでる
- ・ あかくなった

④ 今まで、もしくは現在次の病気にかかっていますか？

- ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 結核 ・ 腎炎 ・ 心臓病 ・ 風邪
- その他 ( )

○を付けられた方にお尋ねします。

- ・ 薬を飲んでいる
- ・ 注射をうっている
- ・ 通院だけしている
- ・ 食事・運動療法をしている
- ・ 何もしていない

⑤ アレルギーについてお尋ねします。

食べ物、薬、注射が原因でアレルギーが出たことがありますか？  
( はい いいえ )

⑥ コンタクトレンズを使用されていますか？ ( はい いいえ )

⑦ 他の眼科に通院されたことがある方、もしくは通院中である方にお尋ねします。

どのような症状あるいは、病気ですか？

( )



※個人情報保護法が施行されるにあたり、患者様の個人情報は公正な規定に従い、適切な運用を行います。