

ふりがな		生年月日	年齢	性別	お勤め先
お名前		大正 昭和 平成	歳	男	
		年 月 日		女	
ご自宅	〒 —				ご連絡先電話番号 — —

1. 今日はどうなさいましたか？ ご記入いただくか、当てはまるものに○をしてください。

①ドック・健康診断で所見を指摘された ②メガネの相談・処方 ③コンタクトの相談・処方

2. 気になる症状を教えてください。

(両目・右・左) 視力低下 (遠方、近方、遠近とも) (両目・右・左) 目の疲れ
(両目・右・左) ゴミのようなものが飛んで見える (両目・右・左) まぶたの腫れ
(両目・右・左) 目やに (両目・右・左) 充血、赤い (両目・右・左) なみだ目
(両目・右・左) かゆい (両目・右・左) 乾く (両目・右・左) 痛い

3. 上記の症状はいつごろからですか？

今日 昨日～ _____ 日前～ _____ ヶ月前～ _____ 年前～

4. コンタクトレンズをご使用ですか？

いいえ

①ソフト (ワンデー、2週間タイプ、1ヶ月タイプ、ノンディスポ) ②ハード

5. PC やタブレットのご使用について、お知らせください。

①PC・タブレット (_____ 時間/日) ②スマートフォンをお使いですか (はい いいえ)

6. これまで、あるいは現在おかけの目の病気があれば、お知らせください。

なし

白内障 緑内障 花粉症 結膜炎 外傷 その他 (_____)

目の手術 (白内障 緑内障 近視矯正手術 網膜剥離 その他 _____)

使用中のお薬 (_____)

7. これまで、あるいは現在おかけの全身の病気があれば、お知らせください。

なし 高血圧 糖尿病 その他 (_____) 使用中のお薬 (_____)

8. お薬のアレルギーはありますか？使用してはいけないお薬があればお知らせください。

なし あり (_____)

9. (女性の方に) 現在、妊娠中ですか？ いいえ はい (_____ 週)

10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

インターネット 家族・知人の紹介 会社の診療所などの紹介 薬局の紹介

他院の紹介 以前受診していた その他 (_____)