

ふりがな				生年月日	年齢	性別
氏名				大正・昭和 平成・令和	年 月 日	歳 男・女
郵便番号	—	住所				
電話番号				携帯		

◎ 本日はどのような症状・目的で来院されましたか？

- かゆい めやに 涙 充血 痛い 異物感 乾燥感
見えにくい 黒い物が見える めいぼ コンタクト検診
メガネを作りたい 目の健康診断 定期検診
その他()
◆いつ頃からですか () 頃から)
◆症状があるのはどちらの目ですか 右目 左目 両目

■ここからは初診の患者さまのみご記入よろしく申し上げます■

◎ コンタクトレンズを装用していますか？

- はい (ソフトコンタクト ハードコンタクト) → 本日は装用していない
いいえ

◎ これまでに目の病気の治療や手術を受けたことはありますか？

- はい いいえ
右目 病名 () 手術 (いつ頃)
左目 病名 () 手術 (いつ頃)
病院名 ()

◎ 他の眼科で処方されている目薬や飲み薬がありますか？

- はい (薬剤名 :)
いいえ

◎ 眼科以外の病気があれば、ご記入下さい

- 糖尿病 高血圧 心臓病 不整脈 喘息 アトピー 腎臓病
肝臓病 脳梗塞 前立腺肥大 脂質異常(高コレステロール) 花粉症
その他 ()

◎ 今までに薬や注射・食物などで具合が悪くなったことはありますか？

- はい (種類 :)
いいえ

◎ 現在、妊娠中・授乳中ですか？ はい いいえ

◎ 診察後は自分で車やバイクを運転する予定ですか？ はい いいえ