

ふりがな	
お名前	(男・女)

生年月日 大・昭・平・令_____年 _____月 _____日 年齢 _____才

ご住所〒_____ 電話番号_____

1. 本日はどのような症状で来院されましたか？

<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 涙が多い	<input type="checkbox"/> 視力低下
<input type="checkbox"/> 目やにが出る	<input type="checkbox"/> 目が乾く	<input type="checkbox"/> 何か飛んで見える
<input type="checkbox"/> 充血	<input type="checkbox"/> 目が痛い	<input type="checkbox"/> ゴロゴロする
<input type="checkbox"/> 目が疲れる	<input type="checkbox"/> まぶたが腫れた	<input type="checkbox"/> 糖尿病網膜症の検査
<input type="checkbox"/> 眼鏡作成希望	<input type="checkbox"/> コンタクト希望	<input type="checkbox"/> 検診等の再検査

その他 _____

2. コンタクトレンズを普段使用されていますか？

はい (ソフト・ハード) 本日の使用 はい いいえ
いいえ

3. 目の病気やけが、手術、レーザー治療をしたことがありますか？

はい 病名 (右・左) _____ いつ _____
いいえ

4. これまでにかかった目以外の病気や入院歴についておたずねします

高血圧 糖尿病 喘息 脳梗塞 心筋梗塞・狭心症

その他 _____

5. アレルギー： なし あり (花粉症・その他 _____)

6. 女性の方のみ：妊娠の可能性 なし あり /授乳中ですか はい いいえ

7. その他診察に配慮して欲しいことなどありましたらお書きください
