

# はじめて来院された方へ

QRコード貼付

\*下記の項目について記入もしくは○で囲んでください。

ふりがな		男	大・昭・平・令		
氏名		女	年	月	日生
住所	〒				
電話	自宅	-	-	携帯	-

1, あなたの目の具合がわるいのはどちらですか？

右眼      左眼      両眼

2, どのように具合がわるいのですか？

\*視力低下   \*かすむ   \*ぼやける   \*つかれる   \*まぶしい

\*二重に見える   \*かゆい   \*はれている   \*赤い   \*目やにが出る

\*痛い（ゴロゴロする・目の奥の痛み）   \*涙がでる   \*黒い点が見える

\*白内障検査   \*眼底検査   \*その他（ \_\_\_\_\_ ）

\*健康診断で（ \_\_\_\_\_ ）と言われた

\*メガネを作りたい（はじめて・作り直したい）

\*コンタクトレンズを作りたい（はじめて・使用している 種類： \_\_\_\_\_ ）

3, いつ頃からですか？

（ \_\_\_\_\_ ）日前より      （ \_\_\_\_\_ ）ヵ月前より      （ \_\_\_\_\_ ）年前より

4, 今まで目の病気をしたことがありますか？

ない      ある（どんな病気でしたか \_\_\_\_\_ ）

（いつ頃ですか \_\_\_\_\_ ）

5, 今までにアレルギーと言われたことがありますか？

ない      ある（何のアレルギーですか \_\_\_\_\_ ）

6, 飲み薬、注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない      ある（薬の名前 \_\_\_\_\_ ）

7, 今まで(現在)眼以外の病気にかかった又は治療中の病気がありますか？

ある→（高血圧, 糖尿病, 心臓病, 肝臓病, 腎臓病, リウマチ, 喘息,

鼻炎, 風邪, その他 \_\_\_\_\_ ）

特にない

8, 女性の方にうかがいます

・妊娠していますか      いいえ      はい（ \_\_\_\_\_ ヲ月）      可能性あり

・現在授乳中ですか      いいえ      はい