

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