

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話	自宅	
Email			携帯	

1. 今日はどうなさいましたか？ あてはまるものにすべて✓をつけてください。

(両眼 右眼 左眼) : いつ頃から症状がでましたか？ () 頃から

- 見づらい (遠く ・ 近く) かすむ 部分的に見づらい 歪んで見える 涙がでる まぶしい
- 瞼の痙攣 まぶたが腫れた 何か入った ぶつけた 痛い かわく 眼がつかれる
- ごろごろする かゆい 眼が赤い めやに 黒いものが飛んで見える ものが二重に見える
- まぶたが下がった 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい
- 健康診断、学校・3歳時検診の後、眼科受診指示 手術相談/希望 眼底検査希望
- 指摘された病名 (視神経乳頭陥凹拡大 弱視 斜視 その他:)
- その他 具体的にお書きください ()

2. 眼鏡やコンタクトレンズを使用していますか？

- 何も使用していない
- 眼鏡を使用している〔遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用〕
- コンタクトレンズを使用している〔ハード ソフト 使い捨てレンズ カラーレンズ〕

3. 今までに目の病気にかかった事や治療・手術を受けたことはありますか？

- いいえ はい (どんな病気でしたか:)
- LASIK (レーシック手術) 白内障手術 その他眼科手術 ()

4. 今までに次のような病気をされたことがありますか？

- 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 喘息 肝臓病 アトピー 胃・十二指腸潰瘍
- 関節リウマチ
- ・上記以外に現在治療されている病気はありますか。

- いいえ
- はい 病名 () ◆現在使用中の薬はありますか？薬剤名 ()

5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

- いいえ
- はい 花粉 ハウスダスト 痛み止め(薬剤名:) 抗生物質(薬剤名:)
- その他(薬剤名や食品名:)

6. タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

7. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む(種類、 1回 杯、毎日 時々 月2~3回)

8. 妊娠していますか？ いいえ はい(妊娠 ヶ月) 可能性あり 授乳中

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族 () さまの紹介 他院の紹介 () 看板 電柱広告
- 家が近い インターネット検索 Facebook Google 広告 電車内広告 バス車内広告
- 駅広告 内覧会案内 区役所内広告 薬局の紹介 その他 ()

10. 自費診療でご興味あるものがありますか？

- ドライアイ治療(自費) 近視抑制(自費)/オルソケラトロジー・低濃度アトロピン

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
 正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。
せんじゅ眼科