

記入日 2022 年 月 日

フリガナ				生年月日	/ /	男 ・ 女
お名前				(	歳)	
ご住所	〒 -					
連絡先	携帯	( )	ご自宅	( )		

1. 現在、眼について困っていることはなんですか？

右眼 左眼 両眼

痛み かゆみ 腫れ 充血 目ヤニ 見えにくい 涙

その他 ( )

2. 症状はいつごろからですか？ \_\_\_\_\_ 頃から

3. 今までに眼の病気にかかったことがありますか？

なし あり⇒ ( )

4. 眼の手術を受けたことがありますか？（レーシック・二重まぶたの手術を含む）

なし あり⇒ ( )

5. 現在治療中の病気、または過去に治療を受けた大きな病気はありますか？

高血圧 糖尿病 前立腺肥大 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー

なし その他 ( )

6. 以下のお薬を服用していますか？

なし 前立腺肥大の薬 抗凝固薬（血液をサラサラにする薬）

7. 薬、麻酔、注射などでアレルギーや異常がでたことはありますか？

なし あり⇒（薬剤名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_）

8. 普段、また本日コンタクトを使用していますか？

普段使用していない 普段使用している⇒（ソフト2week ・ ソフト1day ・ ハード）

本日コンタクトをつけている

9. 12歳以下のお子様について聞きます。可能な範囲でお答えください。

分娩方法（ 普通分娩 帝王切開 その他 \_\_\_\_\_ ） 出生体重（ \_\_\_\_\_ g）

10. その他

難聴 喫煙（ \_\_\_\_\_ 歳ごろから \_\_\_\_\_ 本程度）

妊娠（ \_\_\_\_\_ 週目） 授乳中

11. 当院をお知りになったきっかけに○を付けてください。

紹介（家族・友人・その他）、駅看板、バス案内、当院ホームページ、インターネット検索

当院を直接見て、その他（ \_\_\_\_\_ ）

ご記入ありがとうございました。受付へお渡しく下さい。

