

初診日： 年 月 日

フリガナ		生 年 月 日	大正	年 月 日
お名前	様  男・女		昭和	
			平成	
			令和	
ご住所	〒	電 話 番 号	ご自宅	( ) -
			携帯	( ) -

<b>今の症状または来院理由を記入してください。</b>  <small>※右側の症状であてはまるものがあればマルでかこんで下さい。</small>	いつ頃からですか	今日から	日前から	週間前から	ヶ月前から	年前から	
	どちらの目ですか	右目	左目	両目			
	どのような症状ですか						
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛い</li> <li>・めやに</li> <li>・かゆみ</li> <li>・充血</li> <li>・腫れている</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・涙がでる</li> <li>・目がかわく</li> <li>・ゴロゴロする</li> <li>・かすみ</li> <li>・黒いものが見える</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・見にくい( 近く 遠く 両方)</li> <li>・学校で用紙をもらった</li> <li>・メガネ処方希望</li> <li>・コンタクト処方希望</li> <li>・眼科検診希望</li> </ul>				
今までに目の病気をされた事がありますか？	ない ある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・緑内障</li> <li>・目のケガ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・白内障</li> <li>・角膜ヘルペス</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・網膜剥離</li> <li>・その他( )</li> </ul>			
今までに眼科で手術をうけた事がありますか？	ない ある	( 年前 ) (手術内容： )					
現在かかっている病気はありますか？	ない ある	<ul style="list-style-type: none"> <li>・糖尿病</li> <li>・喘息</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・高血圧</li> <li>・アトピー</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・心臓病</li> <li>・花粉症</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・肝臓病</li> <li>・その他( )</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・腎臓病</li> </ul>	
現在使用中の薬はありますか？	ない ある	お薬手帳 ( 持参している 持参していない ) ※持参している場合は、ご提示をお願いします。					
今までに薬や食物でアレルギーを起こした事がありますか？	ない ある	薬剤名( ) 食物( ) 症状：気分不良 発疹 ショック その他( )					
ご家族やご親族で目の病気をした方はいますか？	いない いる	続柄( ) 病名( )					
メガネはお持ちですか？	ない ある	遠く用 近く用 遠近両用					
コンタクトレンズはお持ちですか？	ない ある	本日つけている 本日つけていない 種類： ハード ソフト 使い捨て( 1日 2週間 1か月 )					
本日はご自分で運転されますか？	いいえ はい	車 自転車 バイク					
女性の方へ 妊娠中または授乳中ですか？	いいえ はい	妊娠中 ( 週 日) 可能性あり 妊活中 授乳中					
補聴器は使用していますか？	いいえ はい	筆談希望 ( 右側 左側 ) から声をかけてほしい					
診察をするにあたり先生に伝えておきたい事があればご記入下さい。							
当院を何でお知りになりましたか？	家族 知人 ホームページ 通りがかり 他院からの紹介						

ご記入がむずかしい場合は、口頭でお伝え下さい。