

フリガナ		生 年 月 日	大正 昭和 平成 令和	年	月	日
お名前	様 男・女				( 歳)	
ご住所	〒 -	ご 職 業				
お電話番号	(携帯) - -					(携帯をお持ちでない方はご自宅の番号)

1. 症状があるのは、どちらの目ですか？ 右目 左目 両目
2. 症状が出たのは、いつ頃からですか？ \_\_\_\_\_ から
3. 今日はどうなさいましたか？
  - 痛い 目やに かゆい 赤い ゴロゴロする はれている
  - 見えにくい 目の中に何かが飛んでいる 健康診断等の結果受診をすすめられた
  - メガネ処方希望 (メガネ処方箋の発行は月曜・木曜・第二第四土曜日のみとなっております)  
当院ではコンタクト処方は今現在行っておりません
  - 学校検診 小児の近視抑制治療希望 (マイオピンなど) 他院からの紹介
  - その他 (  の内容を具体的に)
4. 症状が出てから悪化していますか？
  - 悪化している 変わらない 少し良くなっている
5. 今回の症状で眼科を受診されたことはありますか？ ある ない  
(いつ・病院名・病名) (薬処方) ある ない
6. 今までに目の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？ ある ない  
(いつ・内容)
7. 普段、コンタクトレンズを装用していますか？ はい—(今日はつけている )  
ハード ソフト ( 1day ・ 2week ) いいえ つけていない )
8. これまでに通院された病気はありますか？ ある ない
  - 糖尿病 高血圧症 高脂血症 高コレステロール血症 心臓疾患
  - 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎 前立腺肥大・前立腺癌 (男性のみ)
  - (その他)
9. 薬、食べ物などでアレルギーなど異常があったことはありますか？ ある ない  
(薬、食べ物の名前)
10. お薬手帳はありますか？
  - ある →受付にご提示ください
  - ない/忘れた →(ない、忘れた方)現在処方されている薬はありますか？ ある
  - 【女性の方のみご記入ください】妊娠の可能性はありますか？ ない
  - 現在、妊娠している ( カ月) 可能性あり 可能性なし 授乳中 )