

ふりがな お名前	男・女	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日 ( 歳)
ご住所 (〒 — )		電話番号 ( ) —
		携帯番号 — — ( )

1. 食べ物・薬・注射等でアレルギーと言われたり、異常を起こした事はございますか？

ない

ある

(食べ物・薬・注射の名前 \_\_\_\_\_)

2. 後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある場合はご希望されますか？

はい  いいえ  どちらでもよい

3. 診療明細書の発行をご希望されますか？

はい  いいえ

4. 患者様をお呼びする際はお名前をお呼びさせていただきますがよろしいですか？

はい  いいえ

5. 今までに、眼科を受診されたことはございますか？

ない

ある

病院名 \_\_\_\_\_ 手術 \_\_\_\_\_ 使用している目薬 \_\_\_\_\_

病名 (  結膜炎・ 白内障・ 緑内障・ 黄斑変性・ 網膜剥離 )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

6. 現在、他の病気で通院されていらっしゃいますか？

いいえ

はい

病院名 \_\_\_\_\_ ②服用している薬 \_\_\_\_\_

病気名 (  糖尿病・ 高血圧・ 花粉症・ 心臓疾患・ 脳疾患・ 肝臓病・ 腎臓病 )

その他 ( \_\_\_\_\_ )

※お薬手帳をお持ちの方は受付にお出してください

7. ご家族で当院受診されている方はいらっしゃいますか？

はい ( \_\_\_\_\_ )  いいえ

※お差し支えなければ御名前を記入して下さい

8. 女性の方にお聞きします。

現在妊娠されていますか？  はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月 )  いいえ

授乳中ですか？  はい  いいえ

1. 本日はどのような症状がございますか。

①どちらの眼がいつ頃からございますか。

\_\_\_\_\_から 右眼 左眼 両眼 まぶた

②どのような症状がございますか。

まぶたが腫れた かゆい 見えにくい 黒いものが見える  
(上・下) ( 遠く 近く 全体的 )

できもの めやに かすむ 光が走る

痛い 涙が出る 二重に見える 見えない所がある

充血している 眼が乾く まぶしい ぶつけた  
(何に \_\_\_\_\_ )

出血 眼が疲れる 歪む

何か入った 眼の周りがピクピクする その他 ( \_\_\_\_\_ )  
(何が \_\_\_\_\_ )

③本日、追加検査はできますか？ はい いいえ

→本日の交通手段 ( 運転してきた 自転車 徒歩 送迎 )

眼鏡処方箋希望

コンタクトレンズ処方希望

学校・健康診断にて受診をすすめられた (用紙 あり なし)

2. 現在、眼鏡・コンタクトレンズを使用されていますか？

眼鏡 ( 遠用 老眼鏡 遠近両用 )

ソフトレンズ ハードレンズ

いずれも使用していない

3. コンタクトレンズ処方希望、又は現在使用中の方ご記入下さい。

①コンタクトレンズの使用経験はございますか？

はい (購入先 \_\_\_\_\_) ※定期検査 受けている 受けていない いいえ

②現在使用しているコンタクトレンズについて分かる範囲でご記入下さい。

ソフトレンズ ( 1日 2週間 カラーレンズ 長期ソフトレンズ )

ハードレンズ

レンズ名 \_\_\_\_\_ 度数 右眼 \_\_\_\_\_ 左眼 \_\_\_\_\_

1日の装用時間 \_\_\_\_\_ 時間

③1日使い捨て以外のコンタクトレンズを使用されている方ご記入ください。

※ケア用品

つけ置きタイプ

こすり洗いタイプ → こすり洗い している していない

④今回ご希望のコンタクトレンズをご記入下さい。

ソフトレンズ ( 1日 2週間 カラーレンズ )

ハードレンズ

相談希望