

ふりがな お名前			生年月日	
			昭和・平成・令和	年 月 日
ご住所	〒 —			
ご連絡先	★当院からの連絡がつきやすいものをご記入ください 自宅： 携帯： メール：			

1. 今の症状について該当する項目に○を付けてください

(右目 ・ 左目 ・ 両目 が 頃から)

充血(目やに → 有・無 風邪 → 有・無 咽頭痛 → 有・無) ・ かゆみ ・ 痛み ・ 腫れ
 見えづらい → (遠く・中間(パソコン等)・手元) ・ 物が二重に見える ・ 疲れ目 ・ 涙目
 飛蚊 ・ 緑内障 ・ 白内障 その他() 他院からの紹介状 → 有・無
 コンタクト処方 / メガネ処方 希望 健康診断データ → 有・無

この症状のために他の病院で治療を受けましたか

(いいえ ・ はい → 病院名 処方薬)

2. 今までに目の病気や外傷(打撲)をされたり、目の手術(レーシックを含む)を受けたことがありますか

(いいえ ・ はい → 時期・内容 病院名)

3. 普段コンタクトは装用していますか

(いいえ ・ はい → 1day / 2week / カラーコンタクト / ハードコンタクト)

4. 次のものがあれば○をつけてください

高血圧 ・ 糖尿病(無治療・内服・インスリン注射) ・ 脳卒中(脳梗塞・脳出血・クモ膜下出血)
 ヘルペス ・ 脂質異常症(高脂血症) ・ 心疾患() ・ 喘息 ・ 肝炎 ・ 結核
 悪性腫瘍() ・ アレルギー(薬物()・食品()・花粉・他())
 アトピー ・ ステロイド薬使用(内服・ぬり薬) ・ その他()

5. 皮膚科に通院されていますか (いいえ ・ はい)

6. 副鼻腔炎(ちくのう症)になったことがありますか (いいえ ・ はい → 手術歴 無 ・ 有)

7. 体の手術を受けたことがありますか

(いいえ ・ はい → 時期 手術内容)

8. 血縁者の方で次の病気があれば○をつけてください

緑内障 ・ 糖尿病 ・ 斜視 ・ 夜盲/とり目

9. 生活環境について、該当するものに○をつけてください

家族と同居している ・ 一人暮らしをしている ・ 施設に入所している(施設名)

10. 女性の方にお聞きします。該当するものに○をつけてください

妊娠中 ・ 授乳中

11. 本日の交通手段について、該当するものに○をつけてください

車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 他()

12. ご来院のきっかけをお答えください

ご紹介(様) ・ 近隣在住 ・ インターネット ・ 看板 ・ その他()

★ 場合によっては散瞳(散瞳剤を点眼して瞳孔を開く)を行うことがあります。まれに散瞳剤によるアレルギー症状(充血・眼脂)を起こす可能性があります。また、個人差はありますが、散瞳後は4～5時間程度見えにくくなったり、まぶしく感じたり、ピントが合いにくくなったりします。