

はじめて来院された方へ

〔下記の項目について
記入もしくは○で
囲んでください。〕

年 月 日

ふりがな		男	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前		女	被保険者(世帯主)との続柄			
ご住所	〒			電話	()	

- あなたの目の具合がわるいのはどちらですか？ 右眼, 左眼, 両眼
- どのように具合がわるいのですか？
 - ・見えない ・かすむ ・ぼやける ・二重に見える ・痛い
 - ・かゆい ・はれている ・つかれる ・赤い ・目やにが出る
 - ・涙がでる ・ゴロゴロする ・まぶしい ・黒い点が見える
 - ・その他 _____
 - ・白内障検査 ・眼底検査 ・メガネ, コンタクトレンズを作りたい
 - ・身体検査で () と言われた
- いつ頃からですか？

() 日前より () 月前より () 年前より
- 今まで目の病気をしたことがありますか？

ない ある (どんな病気でしたか _____)

(いつ頃 _____)
- 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ある ない わからない
- 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ある ない
- 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

ある→(高血圧, 糖尿病, 心臓病, 肝臓病, 腎臓病, リウマチ, 喘息, 鼻炎, 感冒, その他 _____)

特にない
- 女性の方にうかがいます
 - ・妊娠していますか いいえ, はい (カ月), 可能性あり
 - ・現在授乳中ですか いいえ, はい