

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為のみに使用いたします。 平成 年 月 日

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前	様	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 あるいは (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？

ない あるいは (どんな症状でしたか _____)
- 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない あるいは (どんな症状でしたか _____)
- 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？

特にない
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 _____)
- 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