

はじめて来院された方へ

竹内眼科

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、診察行為のみに使用いたします。

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	年 月 日生
お名前			
ご住所	〒	電話	()

1. あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？

・右目 ・左目 ・両目

2. どのように具合が悪いですか？

・見えづらい ・ゆがむ ・二重に見える ・まぶしい ・黒い点が見える
・かゆい ・赤い ・目やにが出る ・痛い ・ゴロゴロする
・ぶつけた ・涙が出る ・つかれる ・まぶたがはれている

・目に何か入った (目に入ったものは? _____)

・白内障検査 ・緑内障検査 ・糖尿病検査 ・黄斑変性検査 ・斜視 弱視検査

・メガネを作りたい ・コンタクトレンズを作りたい

・その他 (_____)

3. いつ頃からですか？

() 日前より () カ月前より () 年前より

4. 今まで目の手術をしたことはありますか？ (レーシックや二重まぶたの手術も含まれます)

・ない ・ある (どんな病気でしたか? _____)

(いつ頃ですか? _____)

5. 今まで下記の目の病気を指摘されたことはありますか？

・ない ・ある (緑内障, 虹彩炎(ぶどう膜炎), 斜視 弱視, 黄斑変性)

6. 今まで目以外の病気を指摘されたことはありますか？

・ない ・ある (高血圧, 糖尿病, 腎臓病, 心臓病, 不整脈, 喘息, 脳梗塞, アトピー, リウマチ等の膠原病, その他 _____)

7. 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 (どんな薬で、どんな症状でしたか? _____)

8. お子さんの受診の方にうかがいます。検査にて考慮すべき事がありますか？

・ない ・ある (てんかん, 注意欠陥障害, 発達障害, その他 _____)

9. 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