

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	( 才)
氏名	様		明治 大正 昭和 平成	年 月 日
現住所	〒 —			
職業	電話番号	( )		
	携帯番号	( )		

① 目がどのような具合か、該当するものに○をつけてください

いつごろから? ( )

どちらの目が? 右目 左目 両目

どのような具合ですか?

- |         |              |                              |
|---------|--------------|------------------------------|
| ・目が赤い   | ・見えにくい       | ・目を打った                       |
| ・めやに    | ・黒いものが飛んで見える | ・異物が入った                      |
| ・かゆみ    | ・光がはしる       | 〔 鉄粉・植物<br>薬品 ( )<br>その他 ( ) |
| ・ナミダがでる | ・ゆがんで見える     |                              |
| ・痛い     | ・二重に見える      |                              |
| ・こるこるする | ・まぶしい        | ・メガネ作成希望                     |
| ・乾く     | ・まぶたが腫れた     | ・コンタクトレンズ                    |
| ・疲れる    | ・その他 ( )     |                              |

② 今まで目の病気にかかったことがある方はご記入をお願いします

{ }

③ 今まで治療を受けた体の病気はありますか?

- ・高血圧 ・糖尿病 ・脳梗塞 ・ぜんそく ・アトピー ・リウマチ  
・前立腺肥大 ・心臓病 ( ) ・その他 ( )

④ お薬や注射などで副作用・アレルギーがでたことがありますか?

はい いいえ

↳ どのようなお薬ですか? { }

⑤ <女性の方へ> 現在、妊娠中または授乳中ですか? はい いいえ

⑥ 現在、メガネやコンタクトレンズを使っていますか? はい いいえ

⑦ 本日の診察後、乗り物(車、バイク、自転車)の運転や、お仕事をされますか?

はい いいえ