

ふりがな _____ 生年月日 _____
お名前 _____ 男 ・ 女 _____ [大・昭・平・令] _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 才 _____
ご連絡先(できれば携帯番号も) _____

ご住所 _____

以下 1~10 の質問に該当するものに○をつけてください。またはお答えください。

1. どちらの目ですか？ 右目 左目 両目

2. どのような症状ですか？

・よく見えない(遠く ・近く) ・かすむ ・ゆがむ ・ダブって見える

・虫(ゴミ)のようなものが飛んで見える ・光が見える ・怪我をした ・異物の混入()

・かゆい ・目やに ・赤くなった ・乾く ・涙が出る ・痛い ・違和感 ・疲れる ・まぶたの腫れ

・緑内障の検査 ・白内障の検査 ・術後の定期検査 ・糖尿病のため眼底検査

・眼鏡作成 ・コンタクトレンズ作成 ・コンタクトレンズ定期検査 ・学校で視力指摘 ・紹介状持参

・その他 _____

3. いつ頃からですか？ _____

4. 今までに目の病気を指摘された事がありますか？ 特にない

・ 斜視 ・ 弱視 ・ 緑内障 ・ 白内障 ・ 糖尿病網膜症 ・ 網膜剥離 ・ 網膜裂孔

・その他 _____

5. 普段コンタクトのご使用はございますか？ はい (ハード ・ ソフト) いいえ

6. お体の病気はありますか？

・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 不整脈 ・ 前立腺肥大

・ その他 _____

7. 現在、お薬の服用はございますか？ はい ・ いいえ 薬手帳があればそちら参考にいたします。

8. 薬や食べ物にアレルギーはありますか？ ・ない ・不明 ・ある

9. 女性にお尋ねいたします。妊娠中ですか？(週目) 授乳中ですか？ はい・いいえ

※上記により処方お薬が変わることがございます。

10. マイナ保険証による診療情報取得にご同意いただけますか？ はい いいえ

ほかに気になる事や、心配な事がありましたらスタッフにお申し出ください。