

ふりがな

生年月日

お名前

男・女

〔大・昭・平・令〕

年

月

日生

才

ご住所

本日の受診理由(複数選択可) 右目 左目 両目 いつから症状がありますか()

- 定期検診 紹介状を持参している 学校健診で視力を指摘された
- 視力が低下 かすむ 目が赤い 痛い 目やにが出る かゆい
- まぶしい 飛蚊症(黒い点や糸が見える) 視野が欠ける 光が走るように見える
- 手術の相談(結膜、白内障、緑内障、糖尿病網膜症、網膜疾患、その他手術)
- 涙(涙がとまらない、涙がでるなど)の相談 まぶたの相談(まぶたがさがってきたなど)
- 眼鏡作成 コンタクトレンズ 近視(近視進行抑制治療なども含む)についての相談
- 視力矯正のないカラーコンタクトレンズの相談: **自費診療となります(診察検査の有無は問わず)**
- お顔のシミ取りの相談: **自費診療となります(診察検査の有無は問わず)**
- 眼に特に症状はないが検診目的(白内障や緑内障など) **(診察、検査が自費になる場合があります)**
- セカンドオピニオン: **自費診療となります**
- その他()

これまでの目の病気・治療歴はありますか(複数選択可) 特になし

- 緑内障 白内障 網膜疾患 ぶどう膜炎 角膜疾患 斜視・弱視
- 近視進行抑制治療 手術歴あり(内容:)

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) いいえ現在、他院で治療を受けている病気(複数選択可)はありますか 特になし

- 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 前立腺肥大 不整脈 ぜんそく
- アレルギー(内容:) (薬品名:)
- その他()

現在、点眼または服用中のお薬はありますか 服用なしはい(薬品名)

女性の方へ ※妊娠・授乳の有無により、処方できるお薬が変わる場合があります。

妊娠中(現在 週) 授乳中(はい・いいえ)

ご記入ありがとうございました。何かございましたらスタッフにお声掛けください。