



ふりがな				性別
名前				男・女
生年月日	西暦	年	月	日 (年齢 歳)
住所	〒	—	市	
電話番号	—	—		

## 1、本日はどのような症状がありますか？

見えにくい・疲れる・かすむ・ゆがむ・まぶしい・涙がでる・乾く・めやに・目が赤い・ゴロゴロする  
痛い・かゆい・まぶたの腫れ・メガネ作製・健康診断結果・学校健診結果・学童期の近視相談・  
その他 ( )

## 2、上記症状はどちらの眼に、いつからですか？ ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )

( ) 前からある

3、メガネやコンタクトレンズを使用していますか？ はい / いいえ

はいの方 ( メガネ ・ 老眼鏡 ・ ソフトコンタクトレンズ ・ ハードコンタクトレンズ )  
本日コンタクトレンズを ( 着けている ・ 着けていない )

4、今までに目の病気や手術をしたことがありますか？ はい / いいえ

はいの方 ( 年 月 病名： 病院名： )  
使用中の点眼薬 ( )

5、今まで眼以外の病気や手術を経験されたことはありますか？ はい / いいえ

はいの方 高血圧・糖尿病 (HbA1c )・心臓病・アトピー・喘息・透析中・花粉症  
その他 ( )

6、お薬手帳や糖尿病連携手帳などはお持ちですか？ はい / いいえ

はいの方 受付へ手帳の提出をお願いいたします。

7、お薬や食べ物など、アレルギーはありますか？ はい / いいえ

はいの方 (薬： 食べ物： )

8、本日運転する予定がありますか？ はい / いいえ

はいの方 眼底検査を受けられる場合は約半日ほど眩しく運転ができなくなります。

9、現在妊娠中または授乳中ですか？ はい ( 妊娠中 ・ 授乳中 ) / いいえ

## 10、当院を知った理由をお聞かせください

家族や知人からの紹介 ・ 看板 ・ インターネット検索 ・ Google マップ ・ 医療機関からの紹介

ご協力いただきありがとうございました。受付スタッフにお渡しください。