

初めて受診される方へ

名前(_____)年齢____歳

◎ 今日はどうなさいましたか？

診察希望	視力検査希望	メガネの希望	コンタクトレンズの希望
白内障の検査	緑内障の検査	その他(_____)	

◎ お困りの症状がありましたら、ご記入ください

- ・ どちらの眼ですか？ → 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
- ・ いつからですか？ (_____)から

見えづらい	かすむ	ぼやける	二重に見える	疲れる
はれている	痛い	赤い	目やにがでる	かゆい
涙がでる	ゴロゴロする	かわく	黒い点が見える	
その他 (_____)				

◎ アレルギー検査(結果は20分でわかります)のご希望はございますか？

- 希望しない ・ 希望する ※検査できるアレルギーの原因は8項目です。
(スギ・カモガヤ・ブタクサ・ヨモギ・ヤケヒョウヒダニ・ゴキブリ・ネコ・イヌ)

◎ いままでに眼の病気をしたことがありますか？

- ない ・ ある ⇒あてはまるものに印をお願いします
網膜剥離 緑内障 白内障
その他 (_____)

◎ 眼科以外に現在治療中の病気がありますか？

- ない ・ ある ⇒あてはまるものに印をお願いします
高血圧 糖尿病 心臓病 アレルギー疾患(鼻炎、ぜんそくなど)
その他 (_____)
服用中・使用中の薬 (_____)

◎ 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことはありますか？

- ない ・ ある (薬・注射の名前_____)

◎ 血のつながった方で眼の病気にかかった方はいますか？

- いない ・ いる ⇒(緑内障 ・ 網膜剥離 ・ その他_____)

◎ メガネはお使いですか？

- はい ・ いいえ →以前はお使いでしたか？ はい ・ いいえ

◎ コンタクトレンズはお使いですか？

- はい →レンズの種類は？
→使い捨て(1日 ・ 2週間 ・ 1か月) ・ ハード ・ ソフト
→使う頻度は？ → (毎日 ・ 週____日 ・ その他(_____)
→1日何時間くらいお使いですか？ _____時間くらい
→どのくらいの期間お使いですか？ _____年くらい
いいえ →以前はお使いでしたか？ はい ・ いいえ

◎ 女性の方へ現在妊娠中あるいは授乳中ですか？

- していない ・ 妊娠中(____)ヶ月 ・ 授乳中 ・ わからない