

# ◆ 初めて受診される方へ ◆

記入日 年 月 日

ふりがな \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

男・女 生年月日 \_\_\_\_\_

大 昭  
平 令

年 月 日

〒 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

☎連絡先① \_\_\_\_\_

☎連絡先② \_\_\_\_\_

## ① -1 今日はどうなさいましたか？

\*該当するものに○で囲んでください

- ・見えづらい（遠く・近く）・かすむ ・物がゆがんで見える ・黒い物が見える ・2重にみえる ・目やに
- ・目が赤い ・かゆい（目の中・まぶた） ・まぶたが腫れている ・目が痛い ・ごろごろする ・目が乾く
- ・目が疲れる ・涙が出る ・ごみが入った
- ・学校検診（ ・検診、人間ドックにて受診するようすすめられた
- ・その他

## ①-2 ・メガネの処方箋希望 (初めて・使用者)

・コンタクトレンズの購入希望 (初めて・使用者) ※コンタクトは処方箋の発行は行っておりません。

## ② 症状はいつ頃からですか？ ( ) ③ どちらの目ですか？ 右目・左目・両目

## ④ メガネを使用していますか？ はい ・ いいえ

## ⑤ コンタクトレンズを使用していますか？ はい (1DAY・2WEEK・ハード) ・ いいえ

## ⑥ 今までに目の病気 (ケガ) や治療・手術 (美容整形含む) をしたことがありますか？

(白内障・緑内障・硝子体・レーシック・ICL・二重手術等の美容系・他) はい ・ いいえ

## ⑦ 血縁関係の中で緑内障の人はいますか？ はい ・ いいえ

## ⑧ かゆみの症状がある方へ

アレルギー (アレルゲン) の原因を調べますか？ はい ・ いいえ

8項目を20分程度でお調べできます。採血 (39項目) 検査の場合は 予約 で承ります。

## ⑨ 現在、治療中 (通院中) 以前かかった病気はありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 糖尿病 心疾患 胃腸疾患 肝疾患 腎疾患 脳疾患 精神疾患 / 整形外科  
その他 ( ) かかりつけの病院 ( )

## ⑩ 現在、使用中の薬はありますか？ (市販薬も含め) はい ・ いいえ

(薬の名前: ) お薬手帳は、ありますか？ 持っている 持っていない

## ⑪ 喫煙していますか？ はい ・ いいえ ( 本/日 )

## ⑫ アレルギーまたは、薬などでアレルギーを起こしたことがありますか？ はい ・ いいえ

花粉症 アトピー 喘息 食物 薬 ( ) その他 ( )

## ⑬ 女性の方へ 妊娠あるいは授乳中ですか？ していない 妊娠 ( ) ヶ月 授乳中 不明

## ⑭ 小学生以下の方へ 通っていない 保育園 幼稚園 小学校 \_\_\_\_\_ 年生 体重 \_\_\_\_\_ kg

## ⑮ 診察時に、何かご希望やご相談されたいことはございますか？

ご記入ありがとうございました。

〈個人情報保護法に基づくお知らせ〉 患者様より知り得た個人情報は、医療もしくは患者様への健康に係る情報提供にのみ使用いたします