



受診される方へ



ふりがな _____

氏名 _____

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

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 ・学校検診の再検査 ・精密検査希望 ・定期的な検査希望
- ・健康診断、人間ドックにて受診するようすすめられた

〔 その他 _____ 〕

① - 2 ・眼鏡を作りたい

（ 使用者 ・ 初めて ）

・コンタクトレンズ購入希望の方（ 使用者 ・ 未経験者 ）※コンタクトの処方箋は発行しておりません。

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、お持ちですか？（ 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？

下記項目で変更のある場合御記入ください

〒 _____ 住所 _____

電話番号 _____ 携帯電話番号 _____

ご記入ありがとうございました。