

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 (歳)
住所	〒 _____ _____	電話番号 (_____) 緊急連絡先 (_____) <input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> (族柄: _____)	

★充血・目やにの症状が強い方は直接受付へお申し出ください。

今回ご来院の目的 全身状態などについてお尋ねいたします。お分かりになる範囲でご記入ください。
(※当院ではコンタクトレンズの処方を行っておりません。)

症状について

- ① 症状はいつ頃からですか？ (日・週・月・年) 前から
 ② 症状はどちらの目ですか？ (右目・左目・両目)
 ③ どのような症状ですか？ ※一番困っている症状に○、その他気になる症状があれば✓を付けてください。

赤い/充血 目やにが出る かゆい ゴロゴロする 痛い 涙が出る/多い 乾く まぶたのできもの
 腫れた(皮膚科・形成外科へ紹介の可能性あり) 逆さまつげ 目にゴミ・異物(鉄粉/草木など)が入った
 ぶつけた/外傷(何が? どの様に?) →他科紹介の可能性も有り
 視力低下・見えづらい(急に・徐々に・遠く・近く) かすんで見える まぶしい つかれる 斜視がある
 目の奥が痛い 黒い点・糸くず・ゴミの様な物が飛んで見える ゆがんでみえる 見えない部分がある
 物が二重に見える・ダブって見える(片眼・両眼) 眼鏡を作りたい 糖尿病眼検査希望 緑内障検査希望
 その他 症状があれば具体的に記入をお願いします ()

症状によっては目薬を使用し瞳孔を開くこと(散瞳)は [可能・難しい] ※どちらかに○

→目薬を使用する事で 視界がぼやけます。車・バイク等の運転が散瞳開始から≒6時間ほど出来ません
 →14歳以下のお子さまは 当日から眩しくなり 1週間程度 特に球技等のスポーツが難しい状態になります

瞳を開く目薬(散瞳剤)にアレルギーはありますか? いいえ・はい(薬剤名: _____)・わからない

眼鏡・コンタクトレンズ使用してありますか? [はい・いいえ] ↓ 使用しているものに✓、使い捨ての場合は期間に○

眼鏡 コンタクトレンズ [ハード・ソフト(コンベンショナル)] - 使い捨て (1Day/2week/1Month)

今までに眼科で下記の手術・治療を受けたことはありますか? (以下から当てはまるものに○をつけてください)

白内障 緑内障 網膜剥離 屈折矯正手術(PRK/カスタムPRK/LASIK/ i LASIK / ReLEx(FLEx・SMAIL) / ICL)
 円錐角膜治療[HCL/ピギーバック/角膜クロスリング/ICRS(角膜内リング)/角膜移植] 角膜移植
 眼瞼形成手術(二重埋没法…etc.含む) 網膜円孔・糖尿病網膜症 等での レーザー治療 特になし

現在 治療中の病気はありますか? (以下から当てはまるものに○をつけてください)

高血圧 糖尿病 心臓疾患 肝臓疾患 腎臓疾患・透析中 脳疾患 甲状腺疾患 [バセドウ病・橋本病 その他]
 膠原病 [関節リウマチ(RA)/全身性エリテマトーデス(SLE)/シェーグレン症候群/ベーチェット病/サルコイドーシス その他]
 炎症性腸疾患[潰瘍性大腸炎(UC) / クローン病(CD) / 腸管ベーチェット(BD)/その他] 副鼻腔炎(ちくのう症)
 帯状疱疹(ヘルペス) 喘息 アトピー性皮膚炎 泌尿器疾患 虫歯
 その他() 特になし

現在 服用/使用しているお薬はありますか? [ある・なし]

あるとお答えの方

→お薬手帳をお持ちの方は 受付にご提示お願いいたします!

→お持ちでない方はわかる範囲でご記入ください 薬剤名[_____]

身体に合わない素材/薬剤(点眼・内服・注射・造影剤) 医師から禁止されている薬剤は? [ある・なし]

→ある: 素材[アルコール/ラテックス/シリコン/その他 _____] 薬剤[(例:ヨード剤) _____]

※女性の方のみ 現在 [妊娠中(_____ 週) / 授乳中 / わからない(妊娠の可能性あり) / 該当なし]

最後に、当院をお知りになったきっかけをお教えてください。

・近所・職場に近い・通勤/通学経路で通った、見かけた・看板広告(駅/道路/その他)・インターネット検索・クチコミ
 ・家族/知人が通院している[差し支えなければ/ _____ 様]・医療冊子広告(ホームドクター等)
 ・医療機関の紹介[_____]・調剤薬局で知った・その他[_____]