

フリガナ			男・女	生年月日		
氏名				大・昭・平・令 年 月 日		
〒		住所				
電話			携帯			

当てはまるものを ○で囲んでください

- ・どちらの目ですか？ 右・左・両目・左右不明
- ・本日はどのような症状ですか？
視力低下・充血・痛い・かゆい・めやに・はれ
飛蚊症（ひぶんしょう）・涙が出る・目が乾く・健診で指摘
コンタクトレンズ（検診・初めて）・その他（ ）
- ・いつから症状がありますか？→（ ）から
- ・コンタクトレンズを使っていますか？
使ってる・使ってない・使っていたが現在使用していない
- （注）コンタクトレンズの「処方箋のみ」のお渡しはしておりません
- ・目の手術を受けたことがありますか？→ ない・ある
右・左・両 : 手術名（ ）
- ・現在、他の眼科で目の治療をうけていますか？→ ない・ある
右・左・両 : 病名（ ）
目薬（ ）
- ・眼科以外で、治療中の病気はありますか？→ ない・ある
高血圧・狭心症・不整脈・リウマチ・膠原病・喘息・アトピー
糖尿病（HbA1c %）・肝臓・腎臓・ほか（ ）
- ・診察内容により散瞳検査（数時間見えにくくなることで車の運転ができなくなります）を本日実施してもよろしいですか？ → はい・いいえ
- （注）車を院内に停めて帰る場合はスタッフにお声掛けください
- ・担当医師の希望はありますか？→ ない・ある
美川優子 西村知久 樋田太郎 中尾陽子 古賀和歌子 大坪貴子 中尾功
ご紹介者名（ ）
- ・女性の方へ 現在妊娠していますか？→ いいえ・はい