

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