

NO.

フリガナ			
氏名	男 女		
住所	〒		
電話番号	自宅 ()	携帯 ()	
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 []歳		

1: 具合が悪いのどちらの目でしょうか？

右目 ・ 左目 ・ 両目

2: どのように具合が悪いのでしょうか？

- * 痛い
- * 目ヤニが出る
- * 腫れている
- * かゆい
- * コロコロする
- * 乾いた感じ
- * 涙が出る
- * 充血している
- * かすむ
- * ぼやける
- * まぶしい
- * 見えにくい
- * 二重にみえる
- * 疲れる
- * 学校健診
- * メガネ処方希望
- * その他()

3: いつ頃からですか？

()時間前から ()日前 ()週間前 ()ヶ月前

4: 今までなにか目の病気をしたことはありますか？

なし ・ あり (どんな病気ですか) (それはいつ頃ですか)

5: 今までなにか体の病気をしたこと、または治療中の病気はありますか？

なし ・ あり (高血圧 糖尿病 脂質異常症) その他()

6: 女性の方へ

* 現在妊娠されていますか？ いいえ ・ はい (ヶ月) ・ 可能性あり

* 現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい (ヶ月)

* 女性の甲状腺の病気はおおよそ10人に1人といわれています。当院では甲状腺の触診によるスクリーニング検査をお勧めしています。検査を希望しますか？

はい ・ いいえ

7: 今まで目薬・飲み薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

なし ・ あり(具体的な薬名)

8: 今までアレルギー・体質や特異体質と言われたことはありますか？

なし ・ あり ・ わからない

9: 現在使っているお薬はありますか？

なし ・ あり (具体的な薬名)

10: 普段コンタクトレンズをお使いですか？

いいえ ・ はい