

はじめて来院される方へ

以下は診療に必要な事柄ですのでご協力ください。

尚、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診療行為にのみ使用致します。

フリガナ		男	生年月日
お名前	様	女	大・昭・平 年 月 日生
ご住所	〒	—	電話
			() —

- いつごろからですか？ 本日 昨日 （ ）日前から （ ）ヶ月前から
- どちらの目ですか？ 右眼 左眼 両眼
- 主な症状は何でしょうか？ []
- 今、当てはまる症状にチェックしてください。
 - 痛み かゆみ めやに 充血 疲れ目 乾く
 - 腫れている ゴロゴロする 涙が出る 遠くが見えにくい
 - 近くが見えにくい かすんで見える 物が二重に見える
 - 虫やホコリが飛んでいるように見える 頭痛 吐き気 めまい
 - 肩こり 眼鏡の処方箋
 - 健康診断で指摘を受けた []
 - その他 []
- 現在、眼鏡を使用していますか？
 - 使用していない 普段使用している（ ）年前から
- コンタクトレンズを使用したことがありますか？
 - ない （ ）年前まで使用していた（現在中止）
 - コンタクトレンズを現在使用中
 - 1日どれくらい装用していますか？（ ）時～（ ）時くらいまで
 - 初めてコンタクトレンズを使用した時期と種類
 - （ ）年前 ハード ソフト 使い捨て（ ）
 - 現在使用中のコンタクトレンズは？
 - ハード ソフト 1ヶ月用 2週間用 1日用 カラコン
- アレルギーはありますか？（眼のアレルギー以外もご記入ください）
 - ない ある→ 症状は？ []
- 薬で副作用が出たことはありますか？
 - ない ある→ 薬品名は？ []
- 内科的な病気はありますか？
 - 特になし 高血圧 糖尿病 その他 []
- 現在服用中、または、使用中のお薬はありますか？（市販薬を含む）
 - ない ある []
- 個別の診療報酬の算定項目がわかる明細書を発行しますか？
 - 要 不要