

## 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・女	生年月日
お名前	様		大・昭・平・令 年 月 日生
ご住所	〒 ー		電話 ( ) ー

- 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？ [ ] なし
- 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（ ）年前  
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 [ ]
- 女性の方へ：現在（妊娠・授乳）中ですか？  
はい いいえ