

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 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