（ふりがな）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（〒　　　　―　　　　　　）

**お名前**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**住所**

**（通名**　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**生年月日**（明・大・昭・平・令）　　　年　　　月　　　日　**電話番号**　　　　　（　　　　　）

**携帯番号**　　　　　（　　　　　　）

**来院の目的をお聞かせください。**

□他の先生や施設からの紹介。

　□紹介状あり（施設名　　　　　　　　　　　　　　　）　□手術目的　　□紹介状なし

□健診や人間ドッグから受診を勧められた。

　□眼底検査　　□緑内障疑い　　□視神経乳頭陥凹　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□学校で視力不良を指摘された。

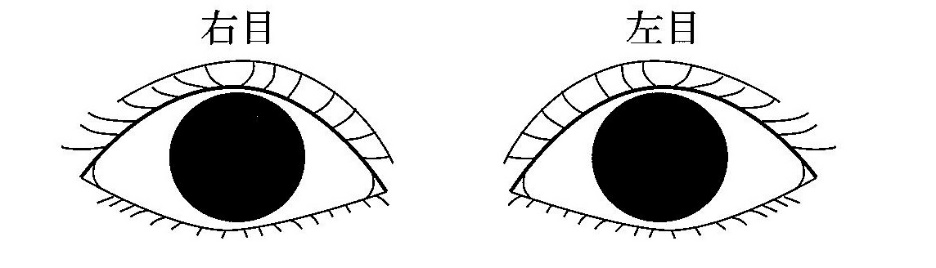
□眼鏡作成希望　　□コンタクトレンズ作成希望

運転（有・無）

置いて帰れる・帰れない

□その他

⇒（両目・右目・左目）のどこが？



　⇒どうしましたか？

　　□見にくい　　□かすむ　　□物が二重に見える　　□目が痛い　　□メヤニが出る　　□目がかゆい

　　□その他

　⇒原因に心当たりは？（ない・ぶつけた・当たった・何かが入った・その他　　　　　　　　　　　　　　　　）

　⇒ご家族で同じ症状の方はいますか？（いる・いない）

□他の眼科は受診しましたか？（受診しない・受診した）

□今までに目の病気やケガをしたり、手術やレーザーを受けたりしたことはありますか？

（ない・ある　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□お体に病気はありますか？

　（ない・糖尿病・高血圧・その他　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

□薬のアレルギーはありますか？（ない・ある→薬剤名　　　　　　　　　　　　　）

**太枠線内は記入しないでください。**

**糖尿病**　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　**高血圧**

BS（　　　　　）　／　　　HbA1c（　　　　　）　／　　　　Bp　　　／　　　　mmHg

内服　　有　　無 内服　　有　　無

インスリン　有　　無　　発症時期　　　　　　　　　　　　　　発症時期

　　　　　　　　　　　　　病院　　　　　　　　　　　Dr

病院　　　　　　　　　　　　Dr

糖尿病手帳　　有　無　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※薬手帳持参　　有　　無