

(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

健診や人間ドックから受診を勧められた。

眼底検査 緑内障 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

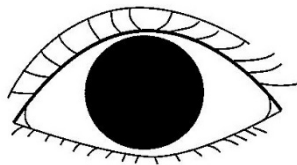
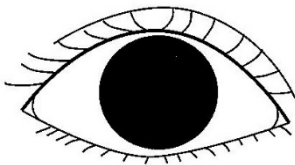
運転 (有・無)
置いて帰れる・帰れない

その他 _____

⇒ (両目・右目・左目) のどこが?

右目

左目



⇒ 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

BS (_____) / HbA1c (_____) /

内服 有 無

インスリン 有 無 発症時期 _____

病院 _____ Dr _____

糖尿病手帳 有 無

高血圧

Bp / _____ mmHg

内服 有 無

発症時期 _____

病院 _____ Dr _____

※薬手帳持参 有 無