

眼の症状のお困りで来院された方へ

【初診の方のみご記入ください】

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名		性別	男・女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年齢	才
住所	〒	電話	() - () -

I. 本日、当院に受診された一番の理由は何ですか？

(どちら目が?) **【右目・左目・両目】**が (いつ頃?) 頃より

- ・目が痛い ・ゴロゴロする ・ちくちくする ・涙が出る ・かわく ・つかれる
- ・赤い ・目やにがでる ・かゆい ・おもい ・まぶしい ・まぶたがはれた ・しこりがある

- ・かすむ・みえにくい (遠くが、手元が、一部分が、全体が、中央が、明るいところで、暗い所で)
- ・黒いものが見える ・光ったものが見える ・ゆがんで見える

・その他 ()

本日散瞳検査は可能ですか？ (散瞳検査をすると4~5時間ぼやけが続きます)

はい ・ いいえ

II. 今までに上記の理由あるいは他の理由で眼科の診察を受けられましたか？

・受けない・受けた いつ頃? なんとおっしゃいましたか?

わかる範囲で結構ですので治療内容を教えてください

点眼治療を受けた ・ レーザー治療を受けた ・ 手術を受けた

III. 今までに大きな全身の病気にかかったことはありますか？

・特にない ・ ある ・高血圧 ・糖尿病(年前) ・喘息 ・心臓病 ・その他()

現在使っているお薬があれば薬情の提出をお願いします

IV. お薬や食べものでアレルギーを起こしたことはありますか？

・特にない ・ ある (お薬・注射: 食べ物:)

V. これから受ける診察について、特にご希望、ご意見ありましたら、ご記入ください。

VI. 当院をどのように知りましたか？

家が近い・職場が近い・看板・ホームページ・紹介 ()・その他

記入者 _____