

はじめて来院された方へ

以下は診察に必要な事柄ですのでご協力ください。

なお、ご記入いただいた情報は大切に管理し、診察行為のみに使用いたします。

ふりがな		男	明・大・昭・平	年	月	日生
お名前		様	女	被保険者(世帯主)との続柄		
ご住所	〒			電話	()	

1.あなたの目の具合がわるいのはどちらですか？ 右眼 左目 両目

2.どのように具合がわるいですか？

- ・見えない
- ・かすむ
- ・ぼやける
- ・二重にみえる
- ・痛い
- ・かゆい
- ・つかれる
- ・はれている
- ・赤い
- ・めやにがでる
- ・涙がでる
- ・ゴロゴロする
- ・まぶしい
- ・黒い点が見える
- ・かわく
- ・違和感がある
- ・目をぶつけた
- ・その他
- ・眼底検査
- ・白内障検査
- ・メガネを希望
- ・コンタクトを希望
- ・健診で () と言われた

3.いつ頃からですか？

今日 昨日 () 日前から () 月前から () 年前から

4.今までに目の病気をしたことがありますか？

ない ある (どんな病気でしたか)
(いつ頃)

5.今までに薬などで具合がわるくなったことはありますか？

ない ある (どんな薬でしたか)
(どんな症状でしたか)

6.今まで(現在) 目以外の病気にかかったことがありますか？

特にない ある→ (高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 リウマチ
ぜんそく 鼻炎 2週間以内のかぜ その他)

7.妊娠の可能性はありますか？ いいえ はい

8.授乳中ですか？ いいえ はい

ありがとうございました