

初めて受診される方へ

記入日 年 月 日

フリガナ		生年月日	/	/	男・女
氏名					
ご住所	〒				
ご連絡先	電話()	-	Email:		@

◆症状はいつごろからですか？ _____ 頃から

◆症状があるのはどちらの目ですか？ 右眼 左眼 両眼

◆どんな症状ですか？

- | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> めやにが出る | <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> ゴロゴロする |
| <input type="checkbox"/> かすむ、視力が悪い | <input type="checkbox"/> 眼が赤い | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる |
| <input type="checkbox"/> 黒い物が飛ぶ | <input type="checkbox"/> 眼がかゆい | <input type="checkbox"/> 眼がかわく、ドライアイ |
| <input type="checkbox"/> 眼の表面が痛い | <input type="checkbox"/> 眼の奥が痛い | <input type="checkbox"/> まぶたが腫れた |
| <input type="checkbox"/> コンタクト希望 | <input type="checkbox"/> 眼鏡希望 | <input type="checkbox"/> 眼に異物が入った |

◆その他、気になることがあればお書きください。 _____

◆コンタクトレンズはお使いですか？

いいえ はい（お使いのメーカー・種類: _____）

◆コンタクトレンズの箱に記載されている、レンズデータをご存知でしたらご記入ください。

(PWR(度数): _____ DIA(直径): _____ BC(ベースカーブ): _____)

([乱視用のみ] AX/AXIS(軸): _____ CY/CYL(乱視度数): _____)

◆現在、他の病院で治療を受けていますか？

いいえ はい（糖尿病・高血圧・心臓病・リウマチ・アレルギー性鼻炎・その他 _____）

◆薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい（薬の名前: _____）

◆現在、妊娠している又は妊娠の可能性はありますか？

いいえ はい

ありがとうございました。