

# 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。