

眼科病院を受診される方へ

(フリガナ)	生年月日：大・昭・平	年	月	日
氏名：	(男・女)	年齢：	歳	

●以下の質問事項にチェック口または（ ）にご記入をお願いします。

①本日はどうされましたか。

- | | | | | |
|--|------------------------------------|----------------------------------|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 黒いものとぶ | <input type="checkbox"/> ゆがんで見える | <input type="checkbox"/> まぶしい | <input type="checkbox"/> 痛い |
| <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> 乾く | <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> まぶたの腫れ | <input type="checkbox"/> かゆい |
| <input type="checkbox"/> めやに | <input type="checkbox"/> 違和感（コロコロ） | | <input type="checkbox"/> ものが2重に見える | |
| <input type="checkbox"/> 眼の位置がおかしい | | | <input type="checkbox"/> メガネ・コンタクトレンズ相談 | |
| <input type="checkbox"/> 近視矯正手術（LASIKなど）希望 | | | <input type="checkbox"/> 他院より紹介状をもらった | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | | | ） | |

②症状があるのはどちらの眼でいつからですか。

- | | | | | | |
|------------------------------|---|---|----|---|------|
| <input type="checkbox"/> 両眼（ | 日 | ・ | ヶ月 | ・ | 年前～） |
| <input type="checkbox"/> 右眼（ | 日 | ・ | ヶ月 | ・ | 年前～） |
| <input type="checkbox"/> 左眼（ | 日 | ・ | ヶ月 | ・ | 年前～） |

③今までに眼の病気または眼の手術をしたことはありますか。

- いいえ
- はい→病名（ ）いつ頃（ ）

④他に全身的な病気はありますか。

- いいえ
- はい→高血圧 脳出血 狭心症 肝機能障害 リウマチ アトピー
- 糖尿病 脳梗塞 不整脈 気管支喘息 癌（ ）
- 腎臓病 高脂血症 心筋梗塞 前立腺肥大 その他（ ）

⑤現在服用中のお薬はありますか。

- いいえ
- はい→薬剤名（ ）
- どちらの病院で処方されましたか（ ）

⑥今までに薬や注射などで気分が悪くなったり発疹がでるなどのアレルギー症状がありましたか。

- いいえ
- はい→薬品名（ ）
- ゴム 金属 テープ 湿布
- 食物（ ）
- 花粉症（ ）
- その他（ ）

裏面につづく

