

フリガナ	生年月日 T・S・H・R 年 月 日 才
お名前	男・女
	電話番号
	携帯電話
ご住所 〒	

1.本日はどうされましたか？（空欄にご記入いただくか、下記の症状を○で囲んでください。）

めやに 目が赤い かゆい 痛い ゴロゴロ 涙 乾燥 疲れる まぶたの腫れ・痛み 急に真っ暗になった 見にくい（遠く・近く・全体） かすむ ゆがむ 黒いものが見える 光が見える 視野がかける 二重に見える メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい 学校検診 健康診断・人間ドックの結果
--

2.いつ頃から 今日（ ） 時頃から（ ） 日前（ ） 週間前（ ） ヶ月前（ ） 年前

3.どちらの目に 右目・左目・両目

4.今までにかかりつけの眼科はありますか？ はい（眼科名： ） ・ いいえ

5.今までに、目の手術やレーザー治療を受けたことがありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

6.現在治療中の病気・過去にかかったことがある病気はありますか？ はい ・ いいえ

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 脳梗塞 喘息 アトピー その他

具体的に→

7.現在服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

8.お薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

具体的に→

9.本日、ご自分で車を運転してこられましたか？ はい ・ いいえ

10.本日、コンタクトレンズを装用しておりますか？ はい ・ いいえ

11.コンタクトレンズをご希望の方にうかがいます。

- ・ コンタクトレンズの使用経験はありますか？ 経験あり（ハード・ソフト） ・ なし
- ・ 本日はコンタクトレンズを装用していますか？ はい ・ いいえ
- ・ ご希望のコンタクトレンズはお決まりですか？ はい（ ） ・ いいえ

12.女性の方にうかがいます。妊娠していますか？ はい（ ） ヶ月 ・ いいえ

現在、授乳中ですか？

はい ・ いいえ

13.おおつき眼科を知ったきっかけを教えてください。

紹介 駅の看板を見た 道路の看板を見た インターネット・ホームページを見た

その他（ ）

以上です。ありがとうございました。