はじめてのかたに

No.＿＿＿＿＿＿＿＿　　年　　月　　日

フリガナ		男・女	生年月日	大・昭・平・令
氏 名				年　　月　　日（　　才）
現住所				
電 話				

１．どうなさいましたか。（あなたの症状を〇で囲んでください。）

・めやに　・かゆい　・赤い　・痛い　・まぶたがはれた
・かすむ　・涙が出る　・何かできた　・目がかわく
・見えにくい（ 遠く ・ 近く ）　・何か入った　・ゴロゴロする
・黒いもの（ 虫や糸くずのようなもの ）が見える
・学校の用紙
・眼鏡希望（ 遠く用眼鏡 ・ 近く用眼鏡 ・ 遠近両用眼鏡 ）
・コンタクトレンズ購入希望（ 経験：ない・ある　ハード ・ ソフト ・ 使い捨て ）
・その他（　　）

２．どちらの目ですか。（ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）

３．いつ頃から始まりましたか。（　　）

４．現在かかっている病気、かかったことのある病気はありますか。

・ない　・ある　高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病（肝炎）
腎臓病 ・ 胃潰瘍 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎
その他（　　）

５．今までに薬を飲んで副作用が出たことがありますか。

・ない　・ある（　　）

６．他の眼科に通院したことがありますか。

・いいえ　・はい（ 病名：　　）

７．現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性がありますか。

・いいえ　・はい（　　ヶ月）

※当院では、患者様の個人情報を厳重に管理させていただきます。

丹羽眼科