ふりがな	生年月日
氏　名	(明・大・昭・平・令)　　年　　月　　日

⇓　住所・電話番号に変更がある場合は、ご記入ください　⇓

住　　所　〒（　　―　　）

電話番号

①今日はどうなさいましたか？　　**＊該当するものを〇で囲んでください**

診察　視力検査　めがね処方　コンタクトレンズ処方(初めて・経験者)　学校検診　成人病検診

②いつ頃からですか？　（　　）

③どちらの目ですか？　・右目　・左目　・両目　　（まぶた　の場合⇒　右上・右下　左上・左下）

④どのような症状ですか？

乾き　かゆい　赤い　目やに　はれた　痛い　ごろごろ　見えづらい　ゆがむ　かすむ　涙が出る　疲れ

ゴミが入った　黒いものが見える　２重に見える　その他の症状（　　）

⑤ふだん、コンタクトレンズや、めがねを使いますか？　ｺﾝﾀｸﾄ・遠くを見る眼鏡・老眼鏡・使用なし

⑥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

⑦アレルギー性結膜炎と診断された場合、血液でその原因を調べてみますか？　はい・いいえ

⑧前回の受診後、目の病気・目のケガ・目の治療をしたことはありますか？　はい・いいえ

はい➔　病名は？　白内障　緑内障　網膜はくり　斜視　ぶどう膜炎　その他の病名（　　）

治療内容は？　レーザー照射　手術　点眼薬　内服薬　その他の治療（　　）

いつ頃？（　　）　病院名は？（　　）

⑨現在治療中の病気、または、以前かかった病気はありますか？　はい・いいえ

はい➔　糖尿病（HbA1c　　%）　高血圧症（血圧　　/　　）　心臓病（　　）

膠原病（リウマチ、ベーチェット病、他　　）　サルコイドーシス　潰瘍性大腸炎

ぜんそく　アトピー　脳出血　脳こうそく　肝炎　その他の病気（　　）

かかりつけの病院名は？（　　）

⑩現在、使用中のくすりはありますか？　ある・ない

くすりの名称は？（　　）

おくすり手帳を持っていますか？　ある・ない

⑪くすりに対するアレルギーはありますか？　ある・ない

アレルギーがあるくすりの名称は？（　　）

⑫本日は、車やバイクの運転をしますか？　はい・いいえ

⑬血のつながった家族・親戚の方で、以下の病気の方はいますか？　いる・いない

緑内障　糖尿病　網膜はくり　高血圧症　癌や白血病などの悪性腫瘍

⑭女性の患者さまへ　妊娠中あるいは授乳中ですか？　はい・いいえ・不明

はいとお答えの方　妊娠（　　）ヶ月　授乳中（一時的な中断は⇒　可能・不可能）