

初めて受診される患者さまへ

ふりがな
氏名

生年月日
(明・大・昭・平・令) 年 月 日

①今日はどうかさいましたか？ *該当するものを○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)