

ふりがな		男 女	生年月日	明 大	(歳)
氏 名				昭 平	年	月
住 所	〒		職 業			
電 話			携 帯			

1. いつ頃からどんな症状がありますか？（現在お困りの症状をお書き下さい。）

年	月	日から	右眼	左眼	両眼
---	---	-----	----	----	----

下記の中に該当するものがあれば○をつけてください

- ① 眼が赤い ② 眼やに ③ ゴロゴロする・チクチクする ④ 涙っぽい ⑤ 眼が痛い ⑥ 眼がかすむ・見えにくい
 ⑦ 二重に見える ⑧ 黒いものが見える・光が見える ⑨ ゴミが入った ⑩ 眼をぶつけた
 ⑪ メガネ・コンタクト処方

2. 過去や現在に以下の病気にかかったことがありますか？（はい・いいえ）

（はいの方 あてはまるものに○をつけてください）

- ① 高血圧 ② 糖尿病 ③ 心臓病 ④ 喘息 ⑤ アトピー ⑥ 花粉症 ⑦ リウマチ ⑧ 頭の病気
 ⑨ 手術歴 歳 病名: ⑨ 外傷
 ⑩ その他(具体的に記入してください))

3. 今までに薬・注射・点滴・麻酔などで体に異常がおきたことはありますか？（はい・いいえ）

（はいの方 あてはまるものに○をつけてください）

- 何の薬ですか？（風邪薬 抗生物質 ピリン系 ペニシリン系 その他:)
 どんな症状がありましたか？（発疹 気分不良 嘔吐 ショック その他:)

4. メガネを使っていますか？（○をつけてください）

- ① はい(遠用 近用 遠近両用) ② いいえ
 コンタクトを使っていますか？（○をつけてください）
 ① はい(使い捨て ハード ソフト) ② いいえ

5. 今までに眼科で病気を指摘されたことはありますか？（はい・いいえ）

はいの方 (病名:)

6. ご家族で眼の病気・手術をされたことがある方がいますか？（はい・いいえ）

はいの方 (続柄: 病名:)

7. 女性の方にお聞きます (○をつけてください)

1) 現在妊娠していますか？

- ① はい(妊娠 週目) ② いいえ ③ はっきりしない

2) 現在、授乳中ですか？

- ① はい(カ月) ② いいえ