

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