

ご記入いただいた内容は診察する上で大切な資料となります。できるだけ詳しくお答えください。

フリガナ

お名前（自署）

（ 男 ・ 女 ）

生年月日 大・昭・平 年 月 日 才

●当院をどのようにしてお知りになりましたか

知人・家族のご紹介(ご氏名) 看板を見て ホームページを見て
書籍を見て(書籍名) テレビを見て(番組名)
その他()

●これまで眼科で手術やレーザーを受けたことがありますか

なし あり → どんな病気・手術でしたか
いつ頃(年月日) 右・左 内容・病院名

[]

●症状を具体的にお書きください

[]

●メガネを使用していますか

作成したのはいつですか

なし 遠くを見るため・車の運転用など 年 月ごろ
近くを見るため・新聞や読書用など 年 月ごろ
遠近両用 年 月ごろ

●コンタクトレンズを使っている・使ったことがある

なし ソフト 才～ 才 1日 時間
ハード 才～ 才 1日 時間
*本日までに最後に装着されたのはいつですか? 年 月 日

●眼科で処方された飲み薬や点眼薬をお使いですか

なし あり(お薬の名前や点眼回数などお書きください)

[]

●検査や治療についてご希望がありましたら、お書きください

[]

質問	お薬の名前や治療など詳しくお書きください	
交通事故や外傷をうけたことがありますか (ボールがあたったり、けんかで殴られたりなど)	なし	あり
格闘技などの激しいスポーツをしたことがありますか	なし	あり
薬のアレルギーはありますか	なし	あり
アトピー性皮膚炎はありますか	なし	あり
喘息はありますか	なし	あり
花粉症はありますか	なし	あり
膠原病はありますか	なし	あり
リウマチはありますか	なし	あり
透析をしていますか	なし	あり 透析日 曜日 シャツ うで
腎不全などの腎臓の病気はありますか	なし	あり
輸血をうけたことがありますか	なし	あり
感染症はありますか	なし あり (C型肝炎 B型肝炎 梅毒 その他)	
入れ歯はありますか(インプラント除く)	なし	あり
耳の聞こえは良いですか	良い 聴きづらい	難聴(補聴器 なし あり 右 左)
肝臓の病気はありますか	なし	あり
肺炎を患ったことがありますか	なし	あり
高血圧や心臓の病気はありますか	なし	あり
眼科以外の手術をうけたことがありますか	なし	あり
睡眠薬を飲んでいますか	なし	あり
気持ちを落ち着かせる薬や不安な気持ちを軽くする ような薬を飲んでいますか	なし	あり
未熟児や早産、保育器に入ったということがありま すか	なし	あり
糖尿病はありますか	なし	境界型と言われたことがある
* 糖尿病の経過や血液検査の結果などのわかる ものを一緒にお出してください	治療している 内服薬 インスリン	食事 kcal
●女性の方にお尋ねします 現在、妊娠・授乳中ですか	いいえ	はい()
●他に大きな病気をされたことがあればお書きください		

●たばこ 吸わない 過去に吸っていた(才～ 才 本/日)
今も吸っている(才～ 本/日)

●酒 飲まない 飲む
お酒を飲むときの頻度はどのくらいですか ()
飲むときのお酒の量はどのくらいですか ()

<p>上記の内容は事実と相違ありません</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>サイン(自署)</p> <p>代筆の場合は、代筆の方のお名前と続柄をお書きください。</p>
