



ふりがな		職 業	
氏 名	男 女	TEL (自宅)	
		TEL (携帯)	
生年月日	明・大・昭・平・令	年 月 日 生	( ) 歳
住 所	〒		

以下の質問について、あてはまるものを○でかこんでください。

- (1) どちらの目の具合が悪いですか？ 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼
- (2) 今日はどうなことで来院されましたか？ またどのような症状がありますか？
- ① 見えにくい ② かゆい ③ 目が赤い ④ 目やに ⑤ 目が痛い ⑥ 涙が出る ⑦ 目がかわく  
 ⑧ 物がかすんで見える ⑨ 目が疲れる ⑩ コロコロする ⑪ ものが入った  
 ⑫ メガネ・コンタクトレンズを作りたい ⑬ 検診希望 ⑭ その他 ( )
- (3) その症状はいつからですか？ ( )
- (4) (2) で「⑫メガネ・コンタクトレンズを作りたい」とお答えいただいた方へ  
 メガネ希望  コンタクトレンズ希望 ( 初めて ・ 作ったことがある )
- (5) 今までに目の病気・手術をされたことがありますか？ はい ・ いいえ  
 「はい」とお答えの方・・・ 病名 ( ) 左眼 ・ 右眼 ・ 両眼
- (6) 今までに下記の病気にかかったことはありますか？または、現在治療中の病気はありますか？  
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ 脳梗塞 ・ 他 ( )
- (7) 現在常用中の内服薬および外用薬はありますか？ はい ・ いいえ  
 「はい」とお答えの方・・・ 薬品名 ( )
- (8) 薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？ ある ・ ない  
 「ある」とお答えの方・・・ 薬剤名・食品名 ( )
- (9) 本日はお車を運転されてご来院されましたか？ はい ・ いいえ
- (10) 女性の方へお聞きします。 現在妊娠中ですか？ はい ・ いいえ

当院にご来院いただいたきっかけは？ ①ホームページ ②紹介 (知人・医院) ③看板 ④その他