

はじめて受診される方へ (A4サイズで印刷後、ご記入ください)

(ダウンロード用)

フリガナ

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

明治
大正
昭和
平成

住所 〒 _____

電話・携帯 (_____) - _____



① 今日どのような症状で来院されましたか？ (○で囲んでください)

◎ 右目 ◎ 左目 ◎ 両目 いつ頃から？ _____

■ めやに (少量 ・ 中程度 ・ 大量 ・ 特に朝に多い) ■ 打撲 (何で？ _____)

■ 痛み ■ 違和感 ■ 異物が入っているかもしれない ■ 目がかゆい ■ 涙がでる

■ 眼が赤い ■ 黒い物が飛ぶ / 光が走る ■ かすむ、視力が悪い

■ 眼が疲れる ■ コンタクト希望 / 初めて ・ 経験あり (ハード・ソフト)
(かすむ、重い、しょぼつきなど) (ご希望レンズ: _____)

■ まぶたの腫れ ■ できもの ■ メガネ希望 ■ 学校検診または健康診断での異常

その他、気になることがあればお書きください。

② 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？

・ はい 白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ ものもらい ・ 花粉症 ・ その他 _____
・ いいえ いつ頃 _____

③ 現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？

・ はい 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ かぜ ・ アレルギー性鼻炎
・ いいえ その他 _____

④ 薬や注射で異常を起こしたことがありますか

・ はい 薬・注射の名前 _____ ・ いいえ

⑤ 本日、コンタクトレンズは装着されていますか？

・ はい/ハード ・ ソフト (種類: _____) ・ いいえ

問診表・カルテ内容などの個人情報
の秘密義務を遵守し、大切に保管いたします

⑥ 当院を何でお知りになりましたか？

・ 家族が治療を受けたことがある ・ 電話帳をみて ・ 友人・知人から聞いて
・ 駅看板 ・ 電柱看板 ・ 国道25号線大型看板 ・ インターネット
・ その他 _____

* 女性の方は下記の項目についてもお答え下さい *

⑦ 現在妊娠中、授乳中、あるいは妊娠している可能性がありますか？

・ はい ・ いいえ



以上、ありがとうございました