

お名前 () (初診及び1年以上ぶりの方) 2019.3.18 改訂【Web版】

☆記入漏れのないようお願い致します

1. 今日はどうなさいましたか？ 詳細をお書きください。

例：1週間前から右眼が見づらい(いつから、どちらの眼が、どの辺が)

()

2. 今までに眼の病気や手術の経験はありますか？(ない・ある)

※あると答えた方、詳しくお書きください。

()

3. これまでに眼科受診(ない・ある)→眼科名() 最終受診()

眼底検査(ない・ある)→最後に眼底検査をしたのはいつですか？()

※眼科受診ある方、処方された薬があれば記入してください。

例：ヒアレイン点眼液 1日3回両眼、カルナクリン(50) 1日2錠を2回に分けて

()

4. 以下の病気にかかっていますか？

①高血圧(ない・ある)(血圧値 /)

②糖尿病(ない・ある)(HbA1c= %) (糖尿病歴 年)

※ある場合、かかりつけの内科(ない・ある)→内科名()

③心臓病(ない・ある)(病名:)

④高脂血症：コレステロールや中性脂肪が高い方(ない・ある)

⑤他の体の病気(ない・ある)→病気の名前()

5. 人間ドックや健康診断を受けた事がありますか？(ない・ある)

※ある場合 ①最後に受けたのはいつですか？()

②何か指摘されましたか？(ない・ある)

※指摘がある場合、詳しくお書きください。()

6. 薬で具合が悪くなったことはありますか？(ない・ある)

※ある場合、薬品名もご記入ください。()

7. コンタクトレンズは使用していますか？(はい・いいえ)

※はいの場合 ①どちらの眼科で処方されましたか？()

②コンタクト歴(年) ③種類(ソフト・ハード)

④メーカー() ⑤度数(右: 左:)

8. 学生の方へ 学校の視力検査での判定はどうでしたか？

(右: A・B・C・D) (左: A・B・C・D)

9. 女性の方へ 現在妊娠されていますか？(はい・いいえ)

※はいの場合、妊娠何週目ですか？(週) ※妊娠中使いにくい薬があるため

10. 他、何か気になる事、または指摘された病気はありますか？

()

11. 今後、当院から新製品のご紹介・治療の取り組み等のご案内を郵送させて頂く場合がございますが、

ご希望されますか？(はい・いいえ)