

初診申込書

フリガナ		生年月日	性別
氏名		西暦・昭和・平成・令和 年 月 日(才)	男・女
住所	〒	電話 () 携帯 ()	

◆ 本日の当てはまる症状に○をつけて下さい

◎ どちらの眼ですか 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

◎ 眼の症状

眼が赤い ・ 目ヤニが出る ・ かゆい ・ 異物感 ・ 痛い(眼の表面・眼の奥・眼の周り)

目がかたく ・ 涙が出る ・ まぶた(腫れた・下がる・ピクピクする)

*現在の症状に思い当たる原因があれば教えて下さい

異物が入った ・ 花粉症 ・ ドライアイ ・ その他()

◎ 見え方

視力低下(遠く・近く・全距離) ・ かすむ ・ ものが二重に見える ・ 見える範囲が狭い

何か飛んで見える ・ その他()

他科や眼鏡店から受診を勧められた ・ 健診結果の持参 ・ 紹介状の持参

メガネを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい 学校健診(用紙持参 有・無) ・ 区健診

◎ その症状はいつからですか 本日、 日前、 週間前、 ヶ月前、 年前

◎ 現在 メガネ(老眼鏡) ・ コンタクトは使用していますか メガネ ・ コンタクト ・ 無

◎ 全身的な病気はありますか はい ・ いいえ

糖尿病(HbA1c) ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病(透析 有・無) ・ 喘息

花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ 肺結核 ・ 前立腺肥大 ・ その他() ・ 妊娠中

◎ 内服薬や消毒薬で発疹などアレルギーが出たことはありますか はい ・ いいえ

お薬の名前

◎ 現在 通院中の病院(眼科・他科)はありますか はい ・ いいえ

(病院名)

◎ 今までに眼の手術をしたことがありますか はい ・ いいえ

白内障 ・ LASIK ・ () (病院名) (年頃)