

ふりがな		男・女	大・昭・平・令	年	月	日生
お名前			ご職業：			歳
ご住所	〒			電話	()	

1. 症状はいつからですか？

2. 症状があるのはどちらの目ですか？

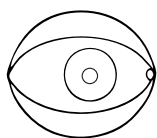
頃より

右眼

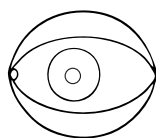
左眼

両眼

右



左



3. どのような症状・目的ですか？

・コンタクトを合わせたい： 本日装用中 or 装用なし or 初コンタクト

・使用しているコンタクトはどのタイプですか？ ハード ソフト 使い捨て

・痛い ・かゆい ・腫れ ・赤い ・めやにが出る ・涙が出る

・ゴロゴロする（コンタクト使用時 or 裸眼時） ・異物混入 ・乾燥する ・しみる

・見づらい ・かすむ ・二重に見える ・眼精疲労 ・まぶしい ・斜視検査 ・色覚検査

・白内障検査【※】 ・ゆがんで見える【※】 ・黒い点などが見える【※】

・打撲【※】（何があたりましたか？）

・学校検診／職場検診／人間ドックで要検査（内容によっては予約となります）

結果表： 持参あり or 持参なし（指摘内容：）

・眼鏡処方（予約制） ・緑内障検査（予約制） ・霰粒腫など切開（予約制）

・その他

【※】 瞳をひろげる為の点眼薬（散瞳検査薬）を使用します。点眼後 20～30 分すると瞳孔が大きくなり
ぼやけてきます。個人差はありますが見づらい状態が 3～4 時間ほど続きます。

・その検査薬を使用して散瞳しても良いですか？ いいえ はい

・本日の来院手段は車もしくは自転車ですか いいえ はい

4. 今までにアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

なし わからない あり（何に対するアレルギーですか？）

5. 薬に対するアレルギーはありますか？

なし あり（どのような薬ですか？）

6. 今までに目の病気をしたことがありますか？

なし あり（どのような病気ですか？）

7. 今までに（現在）、目以外の病気にかかったことがありますか？

なし あり

高血圧、糖尿病、心臓病、肝臓病、腎臓病、脳梗塞、リウマチ、喘息、鼻炎、
その他：

8. 現在使用中の点眼・軟膏・内服薬はありますか？ ※薬使用中の方で薬手帳をお持ちの方はご提示ください

なし あり（薬剤名：）

9. 女性の方へ

・妊娠中ですか？ いいえ はい（ か月） 可能性あり

・現在授乳中ですか？ いいえ はい

10. 当クリニックを何でお知りになりましたか？

・知人 ・家族の紹介（お名前） ・駅看板を見て

・ホームページを見て ・電話帳を見て ・その他（