初めて当院を受診された患者様へ

西暦　　年　　月　　日

フリガナ

氏名　　男・女　生年月日：大・昭・平　　年　　月　　日　　歳

〒　　－　　自宅電話：

住所　　携帯電話：

1．本日の目の症状に〇をつけてください。
その中で最も困っている症状に◎をつけてください。

（　）視力が下がった、見づらい
（　）かすむ、ぼやける、まぶしい
（　）ゆがんで見える
（　）糸くずのようなものが見える
（　）光が見える
（　）疲れ目
（　）眼の奥の痛み
（　）物が二重に見える
（　）メガネの希望
（　）コンタクト希望（現在装用中ですか？はい・いいえ）
（　）白内障の検査、手術の希望

（　）目があかい、充血した
（　）目のかゆみ
（　）めやにが出る
（　）目がゴロゴロする、異物感、痛み
（　）涙が多い（室内または風に当たると）
（　）目がかわく
（　）まぶたがはれた
（　）できもの
（　）検診の結果

症状はどちらの目ですか？
（　右・左・両目　）

2．◎をつけた症状はいつからですか。
（　）昨日・今日　（　）1週間以内　（　）1か月以内　（　）それ以降

3．今までに他の眼科で受けた目の病気や治療、使用していた目薬はありますか？

4．体の病気で通院されていますか？〇をつけてください。
（　）通院していない　かかりつけの病院（　　）
（　）高血圧　（　）前立腺肥大
（　）糖尿病（　　歳～内服・インスリン）　（　）脳梗塞（　　歳、後遺症有・無）
（　）心臓病　（　）手術の既往（　　）
（　）喘息　（　）安定剤の服用
（　）アレルギー（何のアレルギーですか：　　）

5．本日は車を運転されて来られましたか？　（　はい　・　いいえ　）

6．女性の方のみお答えください。
（　）妊娠中　（　）妊娠の可能性あり　（　）授乳中　（　）該当なし

7．免許更新の時期はいつ頃ですか？　（　　年　　月頃）

ご記入ありがとうございました。お薬手帳・糖尿病手帳・緑内障手帳などをお持ちの方はご提示願います。先に目の検査を行い、その後に診察となります。
ご案内するまでお待ちください。

オロロンライン眼科