

アンケートではありませんので、診療の為に全項目をご記入願います。記入が終わりましたら、受付までお願いします。

診療情報を習得活用で質の高い医療の提供に努めています、マイナ保険証に協力ください。

ふりがな	性別	生年月日	年齢	記入者と本人の関係
氏名	男 女	大・昭 平・令 年 月 日	歳	本人・父母・ヘルパー 祖父母・その他 ( )
住所 〒	— 【診療時間の変更、休日案内等をお送りすることがあります。】			
電話番号	ご自宅 ( )	—		
	携 帯 ( )	—	【ご自宅の番号がない場合のみ携帯可】	

★女性の方で妊娠されているか可能性がある方、授乳中の方は、診察時に、医師に直接申し出てください。

○ 今日どのような事で来院されましたか？

◎症状はいつからですか<最近、でなく具体的に>( \_\_\_\_\_ )

◎右側の該当する病気に○をつけて下さい。↳ 糖尿病・喘息・心臓病・高血圧・該当なし

◎現在、眼の病気はありますか？

↳ 白内障・緑内障・糖尿病網膜症・その他 ( \_\_\_\_\_ )・該当なし

今回の件で症状のある眼は？

当てはまる【右・左】に、○をつけて下さい。特に強いもの

メヤニ	右・左
ゴロゴロ	右・左
疲れる	右・左
かすむ	右・左
涙がでる	右・左

かゆみ	右・左
腫れ	右・左
痛み	右・左
乾く	右・左
充血	右・左

何かできている	右・左
見にくい(遠く・手元)	右・左
他病院の医師に受診をすすめられた	
病院名 ( _____ )	

① 眼の手術をしたことがありますか？【 はい・ いいえ 】

【はい】の方：右眼・左眼・両眼 時期 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )

LASIK・白内障・緑内障・糖尿病網膜症・その他 ( \_\_\_\_\_ )

② 病院クリニックで処方された目薬を使っていますか？【 はい・ いいえ 】

・処方目薬 病院クリニック名 ( \_\_\_\_\_ ) 目薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

・処方目薬 病院クリニック名 ( \_\_\_\_\_ ) 目薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

③ 内服している薬、または使っている薬はありますか？ 【 はい・ いいえ 】

病院名<内科等> ( \_\_\_\_\_ )、薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

病院名<その他> ( \_\_\_\_\_ )、薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

④ 薬の副作用はありますか？ 【 はい・ いいえ 】

【はい】の方： 薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

⑤ コンタクトレンズを使っていますか？【はい・いいえ】【はい】の方：レンズ名 ( \_\_\_\_\_ )

【1day・2week・旧型ソフト・ハード】 使用頻度は？【毎日・時々・まれに】

今コンタクトをつけていますか？【はい・いいえ】

初めての受診の場合、処方診断の為に眼科基本データである矯正視力と眼圧、屈折は、感染や測定不能などの特別な理由がない限り行います。モノモライや結膜炎等でも、測定しない為に大きな問題になった例や適切な治療が不可能なことがありますので、眼圧と視力の確認が出来ない時は、当院では、眼に触れる点眼薬や眼軟膏を基本的には処方できません