

# 初診申込書

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

◆ 本日の眼の症状を教えてください

◎ どちらの眼ですか 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

◎ その症状は (あてはまる症状に○をつけて下さい)

視力低下(急に・徐々に) ・ メガネを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい

かすむ ・ 眼が疲れる ・ 何か飛んで見える ・ 二重に見える

ゆがんで見える ・ 見える範囲が狭い まぶた(腫れた・下がる・ピクピクする)

眼が赤い ・ 目ヤニが出る ・ かゆい ・ 痛い(眼の表面・眼の奥・眼のまわり)

涙が出る ・ 眼がかわく ・ ゴロゴロする ・ チクチクする ・ 異物が入った( )

内科より受診をすすめられた ・ 健診で異常がでた(緑内障の疑い・網膜異常)

その他 学校健診 ・ 区健診 ・ 紹介状

◎ 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

◎ お薬で発疹等の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)