

はじめて来院された方へ

平成 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	大・昭・平 (自費診療の場合のみご記入) 年 月 日 (歳)
住所	〒 -	TEL	
		mail アドレス	@

- あなたの目の具合が悪いのはどちらですか？ 右眼 左眼 両眼
- いつ頃からですか？
() 日前より () カ月前より () 年前より
- どのように具合が悪いですか？
見えない かすむ ぼやける 二重に見える 痛い かゆい 疲れる 腫れてる 赤い 目やにが出る 涙が出る ゴロゴロする まぶしい 黒い点が見える 眼底検査をしたい メガネを作りたい
健診で () と言われた
その他 ()
- 白内障手術を希望されますか？
手術を受けたい () 多焦点眼内レンズを希望 ()
- 視力矯正について
コンタクトレンズ していない している (種類)
眼鏡 ない ある
- 今まで目の病気をしたことがありますか？
ない ある (いつ頃 どんな病気でしたか？)
- 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？
ない わからない ある ()
- 飲み薬・注射で具合が悪くなったことがありますか？
ない ある ()
- 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？
ない ある (高血圧 糖尿病 心臓病 肝臓病 腎臓病 リウマチ 喘息
その他)
かかっている病院名 ()
- 現在服用または点眼している薬がありましたら教えてください。
()
- アレルギー検査を希望しますか？ 希望する 希望しない
- 女性の方にうかがいます
妊娠していますか？ いいえ はい (カ月) 可能性あり
現在授乳中ですか？ いいえ はい
- 当院受診のきっかけは何ですか？
・ホームページ (パソコンorスマートフォン) ・紹介 (名前)
・その他 ()

大塚眼科クリニック