

受診される方へ

お名前()様 ()歳 男・女

1、本日はどうなさいましたか？

・一般診察 ・コンタクトレンズ ・メガネ

2、今現在、もしくは普段眼でお困りの症状はありますか？

なし・あり→()日前から ・右目 ・左目 ・両目

・痛み ・かわき ・充血 ・異物感

・かゆみ ・めやに ・腫れ ・視力低下

・つかれ ・まぶしさ ・目の前に何かか飛んでいる

・その他()

3、コンタクトレンズの使用経験はありますか？

・はい→ 装用経験()年 使用日数 週()日 装用時間 1日()時間

使用しているコンタクトの種類 ・ハード ・ソフト(常用) ・使い捨て(1day・2W・1M)

・いいえ

4、メガネは使用されてますか？ はい・いいえ [本日持参] 有・無

5、1日に何時間ぐらいパソコンを使用されますか？ ()時間 ・使用なし

6、今まで眼の病気、又は健康診断等で目に関する指摘をされた事がありますか？

ない・ある (いつ頃 _____ どのような病気でしたか？ _____)

7、今まで又は現在、手術・長期通院を要する病気にかかれた事がありますか？

ない・ある 【 】高血圧→血圧の値(/)

【 】糖尿病→何年治療を続けていますか？()年

ヘモグロビンA1Cは何%ですか？()%

【 】心臓病 【 】肝臓病 【 】腎臓病 【 】喘息 【 】その他(_____)

8、現在目薬、飲み薬は使用されてますか？

ない・ある どのようなお薬ですか？(市販・処方)

9、今までアレルギーと言われた事がありますか？

ない・ある (花粉症・喘息・アトピー・その他 _____)

10、薬が合わなくて困った事がありますか？

ない・ある (合わないお薬の名前 _____)

11、血のつながった方で眼の病気にかかった方はいますか？

いない・いる (緑内障・網膜剥離・その他 _____ どなたですか？(_____))

12、女性の方にうかがいます

・妊娠している はい・いいえ / ・授乳している はい・いいえ

(ヶ月目)