

(フリガナ) 患者氏名	生年月日 年 月 日(満 歳)
住所(〒 -)	電話番号 (- -) 携帯電話 (- -)

①いつからですか？ _____

②どちらの眼ですか？ ◆右眼 ◆左眼 ◆両眼

③どのような症状ですか？

◆視力低下 ◆まぶしい ◆黒いものが飛んで見える ◆物がゆがんで見える ◆二重に見える
◆痛い ◆赤い ◆かゆい ◆めやに ◆ゴロゴロする ◆目が乾く ◆目が疲れる
◆涙が出る ◆まぶたの腫れ ◆その他()

④目の病気にかかったことはありますか？ [ない ・ ある]

()

⑤アレルギーはありますか？ [ない ・ ある]

()

⑥現在治療中のお身体の病気はありますか？

高血圧 [ない・ある] → 内服[あり・なし]

糖尿病 [ない・ある] → 内服[あり・なし] _____ 年前から HbA1c _____ %

心臓病・不整脈 [ない・ある] → 病名 _____

脳梗塞・脳出血 [ない・ある] → 内服[あり・なし]

喘息(小児喘息) [ない・ある] → 内服[あり・なし]

妊娠・授乳(女性) [ない・ある] → 現在妊娠 _____ ヶ月・授乳中

⑦上記以外のお身体の病気や通院されている病院はありますか？ [ない・ある]

病名 _____ [病院名 _____]

⑧治療成績等論文や学会発表に用いることをご了承いただけますか？ [はい・いいえ]

(※氏名等の個人情報が出ることはありません)

⑨当院をどちらで知りましたか？

◆かかりつけ医からのご紹介 ◆ホームページをみて ◆知人・家族からのご紹介 ◆その他 []