

(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？ [なし ・ ある]

( )

⑤普段コンタクトレンズはされますか？ [はい (ソフト・ハード) ・ いいえ]

⑥アレルギーはありますか？ [なし ・ ある]

( )

⑦現在治療中のお身体の病気はありますか？

高血圧 [なし・ある] → 内服[あり・なし]

糖尿病 [なし・ある] → 内服[あり・なし] \_\_\_\_\_ 年前から HbA1c \_\_\_\_\_ %

心臓病・不整脈 [なし・ある] → 病名 \_\_\_\_\_

脳梗塞・脳出血 [なし・ある] → 内服[あり・なし]

喘息(小児喘息) [なし・ある] → 内服[あり・なし]

妊娠・授乳(女性) [なし・ある] → 現在妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月・授乳中

⑧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？ [なし・ある]

病名 \_\_\_\_\_ [病院名 \_\_\_\_\_ ]

⑨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)

⑩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 [ \_\_\_\_\_ ]  
山根アイクリニック馬車道