

フリガナ		生年月日		男 ・ 女
氏名	大 昭 平 令	年 月 日	歳	
住所	〒 _____			
	電話 ( _____ )	携帯電話 _____		

どんな症状 ですか  ○印をつけて ください  症状が複数 ある方は、 一番気にな る症状に◎を つけてくださ い	右	① 赤い(充血・出血) ② めやに ③ 涙が出る ④ かゆい(まぶた・目) ⑤ ころころ(異物感) ⑥ 頭痛 ⑦ 疲れ眼 ⑧ まぶしい ⑨ まぶたが腫れる ⑩ 眼痛(表面・目周囲・奥) ⑪ くしゃくしゃ ⑫ 視力低下(遠・近) ⑬ 乾燥感 ⑭ かすむ ⑮ 暗点
	左	⑯ メガネ希望(遠・近) ⑰ コンタクト希望(ソフト・ハード) ⑱ 光がみえる(光視) ⑲ 眼底精査希望 ⑳ 斜視 ㉑ 視野が欠ける ㉒ ちらちらする物が見える ㉓ めばちこ(ものもらい、めいぼ) ㉔ 物が2つに見える(複視) ㉕ 検診・学校で指摘 ㉖ 頭部外傷 ㉗ まぶたがピクピクする
	両	外傷・異物が入った→仕事で ある ・ ない ・ わからない 労災 → 使う ・ 使わない
		学校検診(視力・色覚・眼疾) <span style="float: right;">他科より紹介</span>

いつから	年前より      月前より      日前より      時間前より
今までにかかった目の病気	なし・ある      目のどんな病気 白内障・緑内障・網膜剥離・ブドウ膜炎・ドライアイ・角膜ヘルペス・ はやり目・斜視・レーシック・その他( ) 処方( )
現在、または今までにかかった病気 (今内服などして治療している病気)	糖尿病 ・ 高血圧症 ・ 動脈硬化症 ・ 腎臓病 ・ 脳外科疾患      高脂血症 ・ 消化 器病      心臓病(不整脈、狭心症、心筋梗塞、その他) ・ 結核 ・ 未熟児 ・ 喘息 現在妊娠中      ケ月 ・ 現在授乳中 ・ 花粉症 ・ アトピー
薬のアレルギー(薬でじんましんがでたことが)	ない ・ ある      (薬の名前 _____)
今までに当院に来たことがありますか	ない ・ ある      ( _____ 年 月 前頃)
現在眼科以外の病気で病院にかかっていますか	ない ・ ある      (病院名 _____)
体調は?	よい ・ 悪い      睡眠時間 約 _____ 時間
本日、車やバイクを運転し、当院まで来ましたか?	はい ・ いいえ