

ふりがな		男・女	生 年 月 日	昭和・平成・令和
お名前		歳		年 月 日
住所	〒		自宅	
			携帯	

1. 本日はどうなさいましたか？
- ・コンタクトを作りたい ・眼鏡を作りたい ・視力を測定したい ・見えづらい ・かすむ

・つかれる ・まぶしい ・はれている ・まぶたが赤い ・ものもらい ・痛い ・涙が出る

・かゆい ・ゴロゴロする ・赤い ・乾く ・目ヤニ ・花粉症（鼻水あり） ・二重に見える

・学校検診で指摘を受けた ・健康診断で指摘をうけた ・飛蚊症（黒い点が見える）

・その他（
2. 具合のわるい所はどちらで、いつ頃からの症状ですか？
- （みぎ・ひだり・両）眼・まぶた・周り

（

）日・月・年 前から
3. 今までに 目の病気 や ケガをしたことが ありますか？
- ない ある →（

）
4. 今までに アレルギーと 言われたことがありますか？
- ない わからない

ある →（

）
5. 飲み薬・注射等で 具合が悪くなったことが ありますか？
- ない ある →（

）
6. 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 → ・糖尿病_の予備軍 ・高血圧_の予備軍 ・高脂血症_の予備軍

・心臓病 ・リウマチ ・膠原病 ・喘息 ・甲状腺関連

・その他（
7. 現在、使用中のお薬はありますか？
- ない ある →（

）
8. 女性の方に うかがいます
- ・妊娠していますか いいえ はい（ 月） ・可能性あり

・現在授乳中ですか いいえ はい
9. 当院を 選んだ理由は 何ですか？
- ・当院のホームページ ・イオンのホームページ ・ネット検索(Google等)

・家が近いため ・知人の紹介 ・看板を見たから

・家族が来ている（※お名前を こちらに記入頂ければ、カルテ把握できますので、助かります）

・その他（
10. 診療情報の取得・活用について
- 当院は、正確な診療情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いしております。

マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい ・ いいえ