

院内では不織布マスクの着用をお願いしております

フリガナ	住所 〒
氏名	男 女
生年月日 西暦	年 月 日 才
	※アパート名・マンション名も記入して下さい
	電話
	携帯
	e-mail @

<当院を、お知りになったのは？>

電話帳 インターネット 家族の紹介 友人の紹介 その他 ( )

**【必ずお答えください】 消毒用アルコールにアレルギーはありますか？ ない ・ ある**

1.今日はどうなさいましたか？

- 見えにくい（視力が落ちた） 【右・左・両】 ・メガネ処方希望
- 目が痛い 【右・左・両】 ・コンタクトレンズ処方希望
- ゴロゴロする 【右・左・両】 ・その他
- 目がかゆい 【右・左・両】 ( )
- 目が赤くなった 【右・左・両】
- メヤニが出る 【右・左・両】
- 涙っぽい 【右・左・両】
- 目にゴミが入った 【右・左・両】
- まぶたがはれた、何かできた 【右・左・両】
- 黒いものが見える 【右・左・両】
- 目が乾く 【右・左・両】
- 目が疲れる 【右・左・両】

現在ご使用のコンタクトレンズのデータ

メーカー (ジョンソン・クーパー・シード・  
ボシュロム・アルコン・メニコン・不明)  
レンズ名 ( )  
データ  
右) BC ( ) PWR ( )  
左) BC ( ) PWR ( )

2.その症状は、いつ頃からですか？ ( )

**3.今までに薬を使用して何か異常があったことが ない ・ ある ( )**

4.コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ ・ はい (ハード・ソフト・使い捨て)

5.今までに眼の病気にかかったことがありますか？ ない ・ ある  
「ある」と答えた方へ 病名 ( ) 診療所 ( )

6.今までに眼・まぶたの手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある  
「ある」と答えた方へ ( 右・左 手術名 \_\_\_\_\_ 約 \_\_\_\_\_ 年前)

7.現在の病気は？ ない 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他 ( )

女性の方へ

- 妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある ( ケ月)
- 授乳中ですか？ いいえ ・ はい