

ふりがな お名前	性別	生年月日	大・昭・平・令 (歳)		
	男・女		年	月	日
ご住所 〒		電話番号	自宅	()	
—			携帯	()	

1. 具合の悪いのは、どちら側の眼でしょうか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
2. 具体的には、眼のどのような症状でしょうか？
 - ・見えない ・かすむ ・ぼやける ・二重に見える ・ゆがんで見える ・痛い ・疲れる
 - ・はれている ・かゆい ・充血している ・めやにが出る ・涙がでる ・ゴロゴロする
 - ・乾いた感じがある ・まぶしい ・黒い点が見える ・糸くずのようなものが見える
 - ・眼鏡の処方箋を作りたい ・コンタクトレンズの処方箋を作りたい ・オルソケラトロジーのレンズを作りたい
 - ・その他()
3. 上記の症状はいつ頃からですか？
()前から
4. 現在、コンタクトレンズは使用されていますか？

いいえ ・ はい ⇒ 種類→ 1day ・ 2week ・ カラーコンタクト
ハードコンタクト ・ ソフトコンタクト

(メーカー名→ 度数→右眼 左眼)
5. 今まで眼の病気を指摘されたことはありますか？

特になし ・ あり ⇒ どのような病気でしたか？→()

いつ頃ですか？→()
6. 今までに眼の手術を受けたことがありますか？

特になし ・ あり ⇒ どのような手術ですか？ 白内障 ・ 緑内障 ・ 網膜剥離 ・ レーシック
その他()

どちら側の眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

いつ頃ですか？()
7. 今までにアレルギー性の疾患はありますか？

特になし ・ あり ⇒ アトピー性皮膚炎 ・ 喘息 ・ アレルギー性結膜炎 ・ 花粉症
その他()
8. 目薬、飲み物、注射などに対してアレルギーはありますか？

特になし ・ あり ⇒ 具体的な薬剤名()
9. 現在眼以外の病気で通院されていますか？

特になし ・ あり ⇒ 高血圧症 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ リウマチ ・ 喘息 ・ 鼻炎
どちらの病院にかかられていますか？()
10. 女性の方に伺います。

現在妊娠されていますか？→ いいえ ・ はい (何週目ですか？)

現在授乳中ですか？ → いいえ ・ はい
11. 当院は、何でお知りになりましたか？

知人やご家族の紹介 ・ 中目黒眼科のホームページ ・ ネット、口コミサイト ・ アイシティ紹介
以前から知っていた ・ その他 ()