ふりがな		職業	
氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	昭・平・令 年 月 日生	年齢	歳
TEL(携帯)		TEL(自宅)	
住所	(〒 -)		

- 眼について今日はどうなさいましたか。当てはまるものを○で囲んでください。
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 (年 月 日頃から)
眼が痛い ・ 眼がかゆい ・ 見えにくい ・ 充血する ・ 目ヤニが出る ・ 涙が多い
メガネを作りたい ・ コンタクトを作りたい(初めて作る ・ 以前に作ったことがある)
その他具体的にお書きください(_____)
- 今までに眼の病気・手術をしたことがありますか(はい ・ いいえ)
「はい」とお答えの方 病名 (右眼 左眼 両眼 _____)
- 現在治療中、または今までかかった病気はありますか。当てはまるものを○で囲んでください。
● 糖尿病(年 月より ・ HbA1c _____ %)
● 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 不整脈 ・ 心筋梗塞 ・ 脳梗塞
● その他(_____)
- 現在内服中のお薬はありますか。内容がわかる手帳等をお持ちでしたら提出をお願いします。
いいえ ・ はい (内容 _____)
- 今までに薬や食べ物でアレルギーはありますか。(いいえ ・ はい)
「はい」とお答えの方 (薬 _____)、(食べ物 _____)
- 普段コンタクトレンズを使用していますか。(いいえ ・ はい)、
● 「はい」とお答えの方は、(ソフトレンズ ・ ハードレンズ)の種類と度数をご記入ください。
右 (_____) 左 (_____)
● 本日コンタクトレンズをつけていますか。(いいえ ・ はい)
- 女性の方のみお答えください。
● 現在妊娠中ですか。 いいえ ・ はい (月)
● 現在授乳中ですか。 いいえ ・ はい

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。