

(フリガナ) 患者氏名	男・女	生年月日 T. S. H. R. 年 月 日 満 歳
住所(〒 )		電話番号

※ 診察の参考にしますので当てはまるところに○丸をつけて下さい

① いつから? \_\_\_\_\_

② どちらの眼ですか? ◆右眼 ◆左眼 ◆両眼

③ どんな症状ですか? ※一番困る事には◎をつけて下さい

- ◆視力低下 ◆目が疲れる ◆まぶしい ◆黒いものが飛んで見える ◆物がゆがんで見える  
◆物が二重に見える ◆痛い ◆赤い ◆かゆい ◆めやに ◆ゴロゴロする ◆目が乾く  
◆涙が出る ◆まぶたの腫れ ◆眼鏡作成 ◆コンタクトレンズ作成

その他

④ 目の病気にかかったことはありますか? [ない・ある]

- ◆白内障 ◆緑内障 ◆糖尿病網膜症 ◆飛蚊症 ◆加齢黄斑変性 ◆眼底出血 ◆網膜剥離  
◆ドライアイ ◆斜視 ◆弱視 ◆その他 \_\_\_\_\_

☆目の手術を受けたことはありますか? [ない・ある]

いつ \_\_\_\_\_ どこで \_\_\_\_\_ どのような手術? \_\_\_\_\_

⑤ アレルギーはありますか? [ない・ある]

- ◆花粉症(春・夏・秋)(スギ・ヒノキ・カモガヤ・ブタクサ)  
◆アレルギー(卵・牛乳・アトピー・ハウスダスト)  
◆よく摂取するものはありますか?(たばこ・アルコール・牛乳・グレープフルーツ) [ない]

⑥ 健康診断は毎年受けていますか? [はい・いいえ]

⑦ 現在治療中の身体の病気はありますか? ※ない場合にも“ない”に○をつけて下さい

- |           |                      |   |            |                    |
|-----------|----------------------|---|------------|--------------------|
| 高血圧       | [ない・ある]              | → | 内服[あり・なし]  | [病院名 _____]        |
| 糖尿病       | [ない・ある]              | → | 内服[あり・なし]  | [病院名 _____]        |
|           | インスリンを [使用中・使用していない] |   | _____      | 歳頃から HbA1c _____ % |
| 心臓病・不整脈   | [ない・ある]              | → | 病名 _____   | [病院名 _____]        |
| 脳梗塞・脳出血   | [ない・ある]              | → | 内服[あり・なし]  | [病院名 _____]        |
| 喘息(小児喘息)  | [ない・ある]              | → | 内服[あり・なし]  | [病院名 _____]        |
| 妊娠・授乳(女性) | [ない・ある]              | → | 現在妊娠 _____ | ヶ月・授乳中             |

⑧ 上記以外の身体の病気や通院されている病院はありますか? [ない・ある]

病名 \_\_\_\_\_ [病院名 \_\_\_\_\_]

⑨ お薬手帳を持っていますか? [ない・ある・持ってきてない]

⑩ 体に合わない薬(点眼・内服・注射)、医師から禁止されている薬はありますか?

[ない・ある] → 薬の名前 \_\_\_\_\_

⑪ ズィリツク医薬品に変更できる場合、希望しますか? [はい・いいえ・どちらでも良い]