

(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 自宅； 携帯：

※ 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 ところで 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 ゼネリッ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]