令和　　年　　月　　日

初めて当院を受診された患者様へ

フリガナ　　男・女

氏名　　生年月日：大・昭・平・令　　年　　月　　日　　歳

〒　　－　　自宅電話：

住所　　携帯電話：

1．本日の目の症状に〇をつけてください。
その中で最も困っている症状に◎をつけてください。

( )　視力が下がった、見づらい
( )　かすむ、ぼやける、まぶしい
( )　ゆがんで見える
( )　糸くずのようなものが見える
( )　光が見える
( )　疲れ目
( )　眼の奥の痛み
( )　物が二重に見える
( )　メガネの希望
( )　コンタクト希望（現在装用中ですか？はい・いいえ）
( )　白内障の検査、手術の希望
( )　眼科緑内障ドックの希望（ドック希望の場合は一般診療とは別日での実施となります）

( )　目があかい、充血した
( )　目のかゆみ
( )　めやにが出る
( )　目がゴロゴロする、異物感、痛み
( )　涙が多い（室内または風に当たると）
( )　目がかわく
( )　まぶたがはれた
( )　できもの
( )　検診で異常の指摘があった

症状はどちらの目ですか？
（　右・左・両目　）

2．◎をつけた症状はいつからですか。
( )　昨日・今日　( )　1週間以内　( )　1か月以内　( )　それ以降

3．今までに他の眼科で受けた目の病気や治療、使用していた目薬はありますか？

4．体の病気で通院されていますか？〇をつけてください。
( )　通院していない　かかりつけの病院（　　）
( )　高血圧
( )　糖尿病（　　歳～内服・インスリン）
( )　心臓病
( )　喘息
( )　アレルギー（何のアレルギーですか：　　）

( )　前立腺肥大
( )　脳梗塞（　　歳、後遺症有・無）
( )　手術の既往（　　）
( )　安定剤の服用

5．本日は車を運転されて来られましたか？　（　はい　・　いいえ　）

6．女性の方のみお答えください。
( )　妊娠中　( )　妊娠の可能性あり　( )　授乳中　( )　該当なし

7．免許更新の時期はいつ頃ですか？　（　　年　　月頃）

ご記入ありがとうございました。お薬手帳・糖尿病手帳・緑内障手帳などをお持ちの方はご提示願います。先に目の検査を行い、その後に診察となります。

ご案内するまでお待ちください。

オロロンライン眼科