お名前	フリガナ	生年月日	ＴＳＨＲ　　年　　月　　日
		性別	男　・　女
		電話番号	
住所			

1、本日は、どうなさいましたか？（該当するもの全てに〇で囲んでください）

＿＿＿日位前から　（　両眼　　右眼　　左眼　）

腫れ　・　痛み　・　かゆみ　・　目やに　・　充血　・　涙が出る　・　ゴロゴロ　・　乾く

ゴミが入った（　　）　・　見えにくい　・　ゴミが見える　・（二重に･歪んで）見える

学校、会社の健診で眼科受診を勧められた

眼鏡処方　・　その他（　　）

※現在、（コンタクトレンズ･眼鏡）を（使っている　・　使っていない）

2、アレルギー検査をご希望されますか？（院長日のみ）　はい　・　いいえ　・　相談

※花粉などの原因アレルゲンがわかります。8項目が20分程度でわかります。
※各種健康保険対応　3割負担3100円程度

3、現在治療中の病気は、ありますか？　はい　いいえ

高血圧　　糖尿病　　肝臓病　　腎臓病　　高コレステロール

その他（　　）

内服薬は、服用中ですか？　はい　いいえ

薬品名　・　市販薬　・　サプリメント　　薬品名（　　）

4、点眼薬（他院にて処方された）は、使用してますか？　はい　・　いいえ

薬品名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5、今までに薬で具合がわるくなった事はありますか？　はい　・　いいえ

薬品名

6、今までに眼の手術を受けたことがありますか？　はい　・　いいえ

どちらの眼ですか？　右眼　・　左眼　・　両眼　　いつ頃ですか？＿＿＿＿＿＿

なんの手術ですか？＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

7、その他（例　妊娠中、授乳中）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿