《初診申込書》

年　月　日

フリガナ

氏名

生年月日　大 昭 平 令　年　月　日　男・女

自宅住所　〒　－

TEL　（　）

1　症状があるのはどちらの眼ですか？

右眼　左眼　両眼

2　具体的に眼はどのような症状ですか？

よく見えない　かすむ　ぼやける　物が二重に見える　物がゆがんで見える　痛い
まぶたがはれている　かゆい　充血している　目やにがでる　涙がでる　ゴロゴロする
違和感、異物感　乾いた感じ　まぶしい　黒い点が見える　糸くず様のものが見える　疲れる
健康診断で指摘された（視神経乳頭陥凹拡大　視力低下　眼圧が高い　など）

その他（　　）

3　眼の症状はいつ頃からですか？

（　）時間前から　（　）日前から　（　）週前から　（　）ヶ月前から

4　今まで眼の病気にかかったことがありますか？

特になし
あり（斜視　弱視　ドライアイ　結膜炎　ヘルペス性角膜炎　円錐角膜　白内障　緑内障
眼底出血　中心性網膜症　糖尿病網膜症　加齢黄斑変性　網膜裂孔　網膜剥離）
その他（　　）

※ありの方　手術はしましたか？　はい　右眼　左眼　両眼（　年）（　　）
いいえ　例：レーシック、ICL、白内障など

5　今まで体の病気で特に指摘されたことはありますか？

特になし
あり（高血圧　糖尿病　シェーグレン症候群　膠原病　など）
その他（　　）

6　今まで目薬、飲み薬のアレルギーはありますか？

特になし
あり
※ありの方　具体的に薬名がわかりましたらお書き下さい（　　）

★矯正器具は使用していますか？

①使用している（眼鏡・コンタクト〔ハード・ソフト（1Day・2Week・その他）〕）　②使用していない

7　女性の方に

現在妊娠されていますか？　はい（　ヶ月）　可能性あり　いいえ