

はじめて診察を受けられる方へ

ふりがな お名前	様	男性 ・ 女性
生年月日	大・昭・平・西暦	年 月 日 (歳)
ご住所	〒 — —	
電話番号	— — (ご自宅 ・ 携帯電話)	

1) どうされましたか？

- | | | |
|-------------------------------------|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 両 | <input type="checkbox"/> 右 | <input type="checkbox"/> 左 |
| <input type="checkbox"/> 目が赤い | <input type="checkbox"/> まぶたがはれている | <input type="checkbox"/> めやにがでる |
| <input type="checkbox"/> ゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 目がかすむ |
| <input type="checkbox"/> 涙が出る | <input type="checkbox"/> 目が疲れる | <input type="checkbox"/> 虫や糸くずが飛んで見える |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> メガネを作りたい | <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい |
| <input type="checkbox"/> マブタがピクピクする | <input type="checkbox"/> 検診やドックで要受診と言われた | |
| <input type="checkbox"/> その他 (|) | |

2) それはいつ頃からですか？

3) 今までに目の病気にかかったことがありますか？

はい(結膜炎 ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ その他) いいえ

4) 今までにアレルギー体質と言われたことがありますか？

はい(お薬 ・ 食べ物 ・ 花粉症 ・ その他) いいえ

5) 現在、他の病院で治療を受けていますか？

はい(高血圧 ・ 糖尿病 ・ その他) いいえ

6) 今飲んでいるお薬はありますか？

はい() いいえ

7) 今までに大きな病気になったり、手術を受けたことがありますか？

はい() いいえ

8) 現在、妊娠中や授乳中のかたはお知らせください。 妊娠中 授乳中

9) 最後に、後発医薬品を希望されますか？ はい いいえ

ありがとうございました。