初めて受診される方へ

お名前＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●今日はどうなさいましたか？

診察希望　　メガネのご相談　　コンタクトレンズのご相談
白内障の検査　　緑内障の検査　　その他(　　)

●どのような症状ですか？

いつ頃から？(　　)　　右眼　・　左眼　・　両眼

かゆみ	充血	目やに	はれ	痛み	乾き	疲れ
見えづらい	かすむ	涙が出る	その他(　　)			

●紹介状はお持ちですか？

ない　・　ある

●今までに眼の病気(ケガ)をしたことがありますか？

ない　・　ある　いつ頃(　　)
どんな病気(ケガ)(　　)

●花粉症はありますか？

ない　・　ある　→ スギ　ヒノキ　ブタクサ　その他(　　)

●今までにアレルギーと診断されたことはありますか？

ない　・　ある　→ 喘息　アトピー　ハウスダスト　鼻炎　食物
その他(　　)

●糖尿病、高血圧と診断されたことがありますか？

ない　・　ある　→ 糖尿病　高血圧

●現在、治療中の病気(ケガ)はありますか？

ない　・　ある　(　　)

●現在、薬は使用していますか？

いいえ　・　はい　(　　)

●薬でお体に合わないものはありますか？

ない　・　ある　(　　)

●血のつながった方で、眼の病気にかかった方はいますか？

いない　・　いる　→どなたですか？(　　)
白内障　緑内障　網膜剥離　その他(　　)

●今、メガネはお使いですか？

はい　・　いいえ　→お使いになったことはありますか？　ある　・　ない

●今、コンタクトはお使いですか？

はい　→レンズの種類は？　ハード　・　ソフト　・使い捨て(1日・2週間・1ヶ月タイプ)
いいえ　→お使いになったことはありますか？　ある　・　ない

【女性の方にうかがいます】

●妊娠されていますか？　していない　・　している＿＿＿ヶ月　・　可能性あり

●授乳されていますか？　していない　・　している

※当院では、医師の指示により、診察の前に視力・眼圧検査等の必要な検査を事前に行いよりスピーディーな診療を行えるようにしております。

ファーストタワー眼科