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　涙がでる　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)(　　)

●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 花粉症　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

●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

ファーストタワー眼科