

初めて御来院された方

令和 8年 月 日

--	--	--	--	--	--

〒

御住所 _____

御電話 _____

ふりがな

御氏名 _____ (男・女) 大正・昭和・平成・令和 年 月 日生

●現在の主な症状についてご記入下さい。

例) メヤニが出る・かゆい・健康診断にて眼科受診勧められた 等

●症状があるのはどちら目ですか (右目 左目 両目)

●いつ頃から症状がありますか () 頃から

●眼鏡は、ご自宅または所持されていますか。(所持・自宅にあり)

●普段コンタクトレンズを使用していますか。(はい・いいえ)

使い捨てコンタクト (1day・2W・1M) ・ハード ・ソフト

●手術・レーザーの経験がある方はご記入下さい

() 頃 右・左・両目 () の手術を受けた

●からだについて、あてはまるものに○をしてください。

高血圧 糖尿病 アレルギー 気管支喘息 腎臓病 肝臓病 胃腸病

その他 () 妊娠中 (第 週) 授乳中

●使用しているお薬(内服・点眼薬等)

☐ なし

☐ あり(薬名: _____)

●禁忌のお薬(内服・点眼薬全て含む)

☐ なし

☐ あり(薬名: _____ 症状: _____)

●家族で目の病歴があれば教えて下さい ☐ なし ☐ あり 例: 母が緑内障 ()

●喫煙 ☐ 吸わない ☐ 吸う

●飲酒 ☐ 飲まない ☐ 飲む ☐ 時々飲む