

初めて診察を受けられる方へ

お名前: _____ 生年月日: 明治・大正・昭和・平成 年 月 日

該当するものに丸で囲んでください。

1. 症状は、いつからですか？ () 日前、() 週間前、() ヶ月前
2. どちらの目ですか？ 右目、左目、両目
3. どのような症状がありますか？ 症状の強いものには、二重丸で囲んでください。
目やに:(目が開かないくらい多い・少し)、目が赤い、かゆい、
痛い:どんな痛みですか？()、どこが痛みますか？()
ごろごろ・くしゃくしゃ・ちくちく、涙が出る、まぶたが腫れる、
虫みたいな物や黒い影が見える:何個？()、どんな時に？()
キラキラ光る、目が乾く、目が疲れる、かすむ、
見えにくい:(遠方・手元)、(急に・徐々に)、どんな風に？()
眼鏡処方希望(遠用・読書用・遠近両用)、その他()
4. 今までに眼科にかかれたことはありますか？ → ない
ある:いつ()
医療機関名()
診断名や治療など()
白内障手術:ある(右目・左目・両目)
5. 全身的な病気などはありますか？ → ない
ある:いつ()
医療機関名()
どのような病気でかかられていますか？
高血圧:血圧(/ mmHg) 内服(有・無)
糖尿病:血糖値(mg/dl) HbA1c(%) 内服(有・無)
心臓病:内服(有・無)、*喘息:内服(有・無)
感冒症状:発熱()°C インフルエンザ(有・無) 内服(有・無)
アトピー性皮膚炎:①ハウスダスト、②ダニ、③カビ、④その他:()
アレルギー性鼻炎:①ハウスダスト、②ダニ、③カビ、④その他:()
花粉症:①スギ、②ヒノキ、③その他()
その他()
6. 薬や食べ物のアレルギーはありませんか？ → ない
ある:何の？(例えば、抗生物質)
どんな症状？(例えば、湿疹)
7. 現在、妊娠中もしくは授乳中ですか？ → ない、ある
8. 当院へ来院されるようになったきっかけは？
広告(①駅の看板、②電柱広告、③電話帳、④当院ホームページ)、家族の紹介、
知人の紹介(紹介者)、近所で知っていた、その他()

ご協力どうもありがとうございました。