



年 月 日

眼科外来受診の方へ(初診の方のみ)

(※ご記入後、眼科外来受付へご提出下さい)

 フリ ガナ
氏名

診察券番号

緊急連絡先

男 / 女

年齢

歳

/ 身長

cm / 体重

kg

■本日眼科に受診されたのはどうしてですか？

※現在の症状にチェックをつけて下さい。そのうちで最も気になる症状は○で囲んで下さい。

A:目に症状がある場合 [右眼 左眼 両眼]

- 赤い メヤニが出る 痛い かゆい ゴロゴロする チクチクする しぶい
涙が出る ショボショボする 乾く 疲れる 重い まぶしい
まぶたがはれた まぶたにシコリがある まぶたがただれた 眼の位置に異常がある
物の輪郭がだぶって見える 一つの物が二つに見える かすむ 暗く見える
見えにくい[遠方が 手元が 全体が 中央部が 明るいところで 暗いところで]
小さく見える ゆがんで見える 見えない部分がある 見える範囲が狭い
糸くずや虫のような物が飛んで見える 稲妻のような光がみえる
その他 _____

B:A以外の場合

- 頭が痛い めまいがする
眼科受診を勧められた[_____ 科で・健康診断・人間ドックで]
眼底検査希望
眼鏡を作りたい
 [遠方を見るため 手元を見るため 遠近両用 その他 _____]
コンタクトレンズを作りたい
 [ソフト ハード 使い捨てレンズ その他 _____]
その他 _____

■上記症状はいつからですか？
■上記の理由(症状)で眼科を受診しましたか？どんな治療をしていますか？

- なし
あり _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ _____ 眼科受診

 ※紹介状 あり なし

診断名は？ _____

 治療は？点眼： _____ 種類[商品名： _____]
内服： _____ 種類 レーザー光凝固 手術

《裏面に続きます》

■今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか？

- 何も使用していない
眼鏡を使用している〔遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用〕
コンタクトレンズを使用している〔ソフト ハード 使い捨てレンズ〕

■眼の病気にかかったり、手術を受けたことがありますか？

- なし あり（昭和・平成_____年_____月_____日頃
診断名は？〔右眼 左眼 両眼〕 _____
手術は？ 〔右眼 左眼 両眼〕 _____

■現在も含め、今までに病気、手術、外傷または入院の経験はありますか？

- なし あり
高血圧〔_____年前より〕、内服薬：あり なし
（普段の血圧：_____ mmHg程度）
糖尿病〔_____年前より〕、内服薬、インシュリン：あり なし、
（空腹時血糖値_____ mg/dl程度、食後_____時間値_____ mg/dl程度）
膠原病〔病名は？ _____〕
心臓病 高コレステロール血症 高脂血症 腎臓病 肝臓病
喘息 結核 サルコイドーシス リウマチ アトピー性皮膚炎
その他

■現在飲んでいる薬はありますか？

- なし あり(薬品名： _____)

■薬アレルギーはありますか？

- なし あり(_____)

■食べ物のアレルギーはありますか？

- なし あり(_____)

その他のアレルギーがあれば書いて下さい(_____)

■タバコは吸いますか

- 吸わない 吸う 過去に吸っていた
(1日 _____ 本、約 _____ 年間)

■アルコールは飲みますか

- 飲まない 飲む（種類：_____、1回_____杯、毎日 時々 月2～3回）

■これから受ける診察について、特にご希望やご意見がありますか？