



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？

■マイナ保険証の方 病院の診療情報取得に同意されますか？ 同意する 同意しない

■過去1年間に特定健診か高齢者検診は受診しましたか？ した していない 不明

※当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。  
正確な情報を取得・活用するためマイナ保険証の利用にご協力をお願いします。