



お名前でお呼びしてもよろしいですか？ はい・いいえ

1 症状があるのは、どちらの目ですか？（右眼・左眼・両眼）

いつ頃から？（ ）

どんな症状ですか？ [ ]

2 メガネまたはコンタクトを使用していますか？（メガネ コンタクト(ソフト・ハード) 使用していない）

メガネ・コンタクトの処方をご希望ですか？ はい(メガネ・ソフトコンタクト)・いいえ

\*ハードコンタクトの取り扱いはありません。

3 今までに眼の病気をしたことはありますか？（はい・いいえ）

病名（ ） 時期（ ）

4 現在治療中の病気はありますか？（はい・いいえ）

糖尿病・不整脈・喘息・高血圧・アトピー・(そのほか )

どちらに通院中ですか？（ ）

5 大きな病気をしたり、手術歴がありますか？（ ）

薬、食品のアレルギー、花粉症などがありますか？（はい・いいえ）

6 授乳中ですか？（はい・いいえ）

7 妊娠中ですか？（はい・いいえ）

8 このあと運転があるので、見えにくくなるのは困る。（はい・いいえ）

\*症状によっては散瞳検査を行うことがあります。

9 検査・診察時にご要望はありますか？

[ ]

当院を何で知りましたか？（近所・知人の紹介・インターネット・看板）