

ふりがな		明・大・昭・平	年
氏名		男・女	月 日生 ( 歳)
住所	〒 -		
連絡先	(自宅・携帯)	-	-

スタッフ記入欄  
 ☆

① 本日はどうなさいましたか？

目の調子が悪い → いつ頃 \_\_\_\_\_ 頃から →  右  左  両方  わからない  
 どのような症状ですか？

メガネ処方希望  
 コンタクトレンズ処方希望

② 花粉症はありますか？

ない  ある (スギ・ヒノキ・ブタクサ・その他・わからない)

③ アレルギー検査(指先採血・20分で結果が出ます)のご希望はございますか？

ない  ある  相談したい

④ 現在使用中の目薬はありますか？

ない  ある →

⑤ メガネはお持ちですか？

ない  ある → 本日持参 (あり・なし)

⑥ コンタクトレンズの経験はありますか？

ない  
 ある → コンタクト歴( )年 ・ 1日の使用時間( )時間で、週に( )日間使用  
 使用している種類は？ → ハード・ソフトコンタクト(常用タイプ・1dayタイプ・2wタイプ・1ヶ月タイプ)

⑦ 今まで眼の病気や怪我で治療や手術を受けたことがありますか？

ない  ある → いつ頃 \_\_\_\_\_ 頃 →  右  左  両方  わからない  
 視野検査  散瞳眼底検査  レーザー治療  レーシック  
 その他の検査、手術 \_\_\_\_\_

⑧ 現在指摘されている全身の病気(けが)はありますか？

ない  ある  
 高血圧症 → 血圧の値 (BP / )  
 糖尿病 → 現在内科に通院していますか？  はい  いいえ  
 現在眼科に通院していますか？  はい  いいえ  
 初めて指摘されたのはいつ頃ですか？ ( )  
 一番最近測ったHbA1C(ヘモグロビンエーワンシー)はいくつですか？ ( )%  
 一番最近測った血糖値はいくつですか？ (BS )  食前  食後  
 アトピー  その他 [ ]

⑨ 現在使用中のお薬はありますか？(内服・軟膏など)

ない  ある →

⑩ これまでに体に合わなかったお薬はありますか？

ない  ある →

⑪ 女性の方へ現在妊娠中あるいは授乳中ですか？

していない  妊娠中( )ヶ月  授乳中  わからない