

# 初めて診察を受けられる方へ

フリガナ		現住所	
氏名		電話番号	
		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日

1: 眼について困っていることを教えてください。(例えば、「眼が見えない」、「眼が痛い」など)

2: 今まで眼の病気にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

↳ それはどんな病気ですか？ ( )

3: 今までに何か病気にかかったことがありますか？

- 1) ある 2) ない

↳ それはどんな病気ですか？ ( )

4: 現在、体の病気があって治療をうけていますか？

- 1) うけている 2) うけていない

↳ 高血圧・糖尿病・心臓病・その他 ( )

5: アレルギーは何かありますか？

- 1) ある 2) ない

↳ ぜんそく・アトピー・花粉症・じんましん・その他 ( )

6: くすりを飲んで、皮フに「ほっしん」ができたことはありますか？ 飲んではいけないくすりがありますか？

- 1) ある (薬品名: ) 2) ない

7: 今までに注射で具合が悪くなったことがありますか？

- 1) ある (薬品名: ) 2) ない

8: 今までに眼の手術を受けたことがありますか？

- 1) ある 2) ない

↳ どんな手術ですか？ ( )

9: 現在、メガネ・コンタクトを使用していますか？

- 1) はい 2) いいえ

↳ メガネ(遠用・近用・遠近) コンタクト(ハード・ソフト・使い捨て)

10: 「女性のみ」記入してください。現在、妊娠あるいは授乳をしていますか？

- 1) はい 2) いいえ

↳ 妊娠の可能性あり 妊娠中(現在 月) 授乳中

11: かかりつけの薬局がある方はお書き下さい。( )

12: 武内眼科を何でお知りになりましたか？

前から知っていた・知人の紹介・近所だから・インターネット・看板・電話帳・その他