

氏名 年齢 歳

1. 本日はどうされましたか？ 気になることにチェックしてください。

右眼  左眼  両眼 いつ頃から： \_\_\_\_\_ から

- 見えにくい  かすんで見える  まぶしい  痛い  かゆい
- 充血  メヤニが出る  涙が出る  乾く  ゴロゴロする
- 疲れる  できものがある  ぶつけた  何か入った  腫れている
- 眼の中に何か飛んでいる  物が二つに見える  ゆがんで見える
- コンタクト作成希望 (ソフト・ハード) ※コンタクト処方箋のみの発行はしていません
- 眼鏡作成希望  検診・人間ドックの結果、受診をすすめられた
- その他 \_\_\_\_\_

2. 普段、眼鏡やコンタクトはお使いですか？

- なし  眼鏡 →  遠く用  近く・老眼鏡  遠近両用  その他
- コンタクト →  ワンデーソフト  2週間ソフト  ハード

3. 眼の手術・レーザー治療・視力矯正術を受けたことがありますか？

- なし
- あり 手術名： \_\_\_\_\_ 手術日： \_\_\_\_\_

4. 現在、治療中の病気にチェックしてください。

- なし  糖尿病  高血圧  心疾患  脳梗塞
- 喘息  高脂血症  その他 \_\_\_\_\_

5. お薬について(お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください)

- 現在使用している(下記にご記入ください)  現在使用していない

薬剤名： \_\_\_\_\_

- 薬を使用して具合が悪くなったことがある

薬剤名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

6. 女性の方へ

- 妊娠している、または妊娠の可能性がある  授乳中  左記該当なし

7. 当院をお知りになったきっかけは？

- ご紹介 →  他の医療機関  調剤薬局  ご家族・知人
- ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ ) ( \_\_\_\_\_ 様)
- チラシ・広告を見て  近所・通りがかり  ホームページを見て
- その他 \_\_\_\_\_

