年　　月　　日

フリガナ		性別	男性　・　女性	
お名前		生年月日	年　　月　　日 （　　歳）	
住所	〒　　－		電話番号 （携帯）	（　　） （　　）

1．本日来院された理由にレ印をつけてください

□気になる症状がある　　□メガネを作りたい

症状を下記から選んでレ印をつけてください

□視力低下（右・左）　□かゆい（右・左）　□目やにが出る（右・左）

□痛い（右・左）　□何か目に入った（右・左）　□赤い（右・左）

□涙が出る（右・左）　□健診等で受診を勧められた　□まぶしい（右・左）

□何かが飛んで見える（右・左）　□ゆがんで見える（右・左）　□二重に見える（右・左）

□かすむ（右・左）　□目の位置が気になる（右・左）　□違和感がある（右・左）

□その他（　　）

現在、（コンタクトレンズ・眼鏡）を（使っている・使っていない）

症状が複数ある方　一番気になる症状は何ですか　（　　）

症状はいつ頃からですか　（　　）

2．アレルギーはありますか

（ ない ・ ある ）　薬（　　）　食べ物（　　）　麻酔薬（　　）

ラテックス　金属　花粉（　　）　その他（　　）

3．今までに下記の病気にかかったり、または現在治療中のものはありますか

（ ない ・ ある ）　□高血圧　□糖尿病　□喘息　□脳梗塞　□結核・非結核性抗酸菌症

□アトピー　□心臓病　□その他（　　）

4．今現在使用されているお薬はありますか

（ ない ・ ある ）　（点眼薬：　　）

（内服薬：　　）

5．今までに眼の病気や手術をしたことがありますか

（ ない ・ ある ）　（病名：　　）

（時期：　　）

6．妊娠中、または授乳中ですか　□はい　□いいえ

7．本日、下記の乗り物を運転してご来院でしたら**必ず**○をつけてください

（ 車 ・ バイク ・ 自転車 ・ バス 電車 ・ 徒歩 ・ その他　　）