

年 月 日

ご住所 _____

電話番号: _____

携帯番号: _____

ふりがな
お名前

1. どうなさいましたか？○印をつけてください

視力低下・かすむ・赤い・目やに・ごろごろ・かゆい
痛い・腫れ・黒いものが飛ぶ・涙・濁く

(眼鏡・コンタクト)が欲しい・その他()

2. どちらの目に(右 ・ 左 ・ 両目)

3. いつ頃からですか？()

4. いままで眼科受診した事がありますか

はい どのような症状でかかりましたか？

いいえ []

5. 血のつながりのある方で緑内障の方はいますか？

はい 続柄

いいえ []

6. 目の手術またはレーザー治療を受けたことがありますか？

はい

いいえ

7. 眼科以外で現在かかっている病院はありますか？

はい 病院名・病名

いいえ []

8. アレルギーはありますか？

はい 花粉症・鼻炎・アトピー・目薬・飲み薬・注射

いいえ

9. 現在妊娠中ですか？

はい

いいえ