

# 和田眼科もんしんひょう

(フリガナ)		男 女			
お名前	才	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日
〒	-				
ご住所			電話番号		
			携帯番号		

1. このたびはどのようなことで来院されましたか？番号に してください。

- 1) 見えにくい    2) 目のかゆみ    3) 充血・目の赤み    4) 目やに    5) 涙がでる    6) 目の腫れ  
 7) できもの    8) 目の痛み    9) 異物感    10) 目の乾き    11) 目の疲れ・眼精疲労    12) 目を打撲  
 13) まぶた    14) めがねの処方・検査希望    15) 継続のコンタクトレンズ    16) 初めてのコンタクト  
 17) 黒い物が飛ぶ(飛蚊)    18) 光視症    19) 学校の検診    20) 検診・精密検査    21) 白内障の検査  
 22) 緑内障    23) 糖尿病    24) 網膜検査    25) 手術相談    26) 他院より紹介    27) 継続治療    28) お薬希望
- くわしく( )  
 その他( )

使用コンタクト:ハード/ソフト:名称( ) 度数右 左

2. 上の症状はどちらの目ですか、またいつ頃からありますか？

(右目 ・ 左目 ・ 両目)( 日前から、 週前から ヶ月前から、 年前から )

3. 今までに目の病気をされたことや治療中の目の病気がありますか？

( いいえ はい ) ( 病名: 眼科名: )  
 白内障・緑内障・網膜剥離・糖尿病網膜症・網膜の病気・結膜炎・逆まつげ・アレルギー・その他  
 ( 何歳頃 詳しく )

4. 今までに言われたことのある病気やかかりつけの病院・医院がありますか？

( いいえ はい )( 血圧、糖尿病、喘息、アトピー、花粉症、心臓・腎臓・肺の病気 )  
 ( その他の病名 )  
 ( いつ: 歳頃 病・医院名 )  
 ( 現在内服中のお薬 昔に受けた手術 )

5. 今までに薬や食べ物でアレルギー・蕁麻疹・ショックを起こしたことがありますか？

( いいえ はい )( 種類 )

6. 女性の方に現在、妊娠又は授乳していますか？( いいえ はい 妊娠 週目 授乳中 )