初めて眼科診察を受けられる方へ

広石眼科医院

診察の参考にしますのでご協力お願い致します。

氏名　（　　）（　男　・　女　）

年齢　（　　）歳/職業（　　）/電話番号（　　）

住所　（　　）

① 受診理由に○をして下さい。その他の場合は（　）に記入して下さい。

【見えにくくなった・目が赤くなった・目やにが出る・涙が出る・目が痛い・黒い影が見える
・目がはれた・めがねをあわせたい・コンタクトレンズ・その他（　　）】

・それは、いつからですか？（　　）/ どちらの目ですか？(右 ・左 ・ 両眼)

・①の理由で他病院にかかったことはありますか？　（　はい　・　いいえ　）

どちらの病院ですか？（　　）

② 今まで目の病気にかかったことがありますか？　（　はい　・　いいえ　）

・どんな病気ですか？（　　）

・いつですか？　　（　　）

③ 今までに目以外の病気があれば、下記の項目に○をして下さい。

・高血圧・糖尿病・心臓病・喘息・腎臓病・肝臓病・癌・脳こうそく・認知症・交通事故

・その他（　　）

④現在内服している薬はありますか？　（　ある　・　ない　）

ある方は、わかる範囲で記入して下さい。または、薬の手帳をお持ちの方は提出してください。コピーしてお返しします。

（　　）

⑤今まで、手術を受けたことがありますか？（　ある　・　ない　）

ある方は、いつどこでどのような手術を受けたかご記入ください。

（　　）

⑥薬や注射・食べ物や花粉症などのアレルギーはありますか？　（　はい　・　いいえ　）

・内容が分かれば記入してください。（　　）

⑦ご家族に目の病気の方はいらっしゃいますか？　（　はい　・　いいえ　）

・どなたでどのような病気ですか？

（　　）

⑧当院をどの様にお知りになりましたか。（知り合いの紹介・他院からの紹介・電話帳・インターネット・新聞広告・電柱広告・近所・その他（　　））