

連絡先 ()
フリガナ

氏名 殿
住所

1.目について

■本日はどうしましたか？(来院の理由)

- ・右目 ・左目 ・両目
- ・白内障手術について
- ・視力が落ちた、見えなくなった ・黒いものが飛ぶ
- ・痛い ・赤くなった ・充血 ・目やに ・かゆい
- ・その他()

■その症状はいつから？

- ()日前～ ()週間前～
- ()ヶ月前～ ()年前～

■そのことで眼科にかかりましたか？

- ・いいえ
- ・はい → ()眼科に行った
- ・薬を使っている(薬品名:)

■過去に目の病気になったことがありますか？

- ・いいえ
- ・はい → ()

2.全身状態について

■今までに何か病気になったことがありますか？

- ・糖尿病
(血糖値:)
(ヘモグロビンA1C: %)
- ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・肝臓病
- ・その他()

■薬剤などのアレルギーがありますか？

- ・ない
- ・ある(薬剤名:)

■12歳以下のお子さんについて

- ・体重()kg

■妊娠中ですか？

- ・はい(週数週:) ・いいえ

■その他