

ふりがな		男・女	生年月日
お名前	( ) 才		大・昭・平・令
			年 月 日
ご住所	〒	電話	
***ご住所・お電話番号等に変更がございましたら、次回来院時にお知らせください。			

**①今日どのような症状で来院されましたか？**

右目    左目    両目    いつ頃から？ \_\_\_\_\_

- めやにが出る    眼が痛い    視力が悪い    涙が出る  
まぶたの腫れ    眼が疲れる    ゴロゴロする    何かが眼に入った  
黒い物が飛ぶ    眼が赤い    眼が乾く    コンタクト希望  
眼がかゆい    眼がかすむ    定期検査として    メガネ希望  
マツ毛を濃くしたい・増やしたい  
その他、気になる事があればお書きください。

**②今まで、眼の病気で眼科にかかられたことがありますか？**

はい 白内障    緑内障    結膜炎    ものもらい    花粉症    その他  
いつ頃 \_\_\_\_\_ 眼科・病院

**③眼科の手術やまぶたの手術を受けたことがありますか？**

はい 白内障    網膜    硝子体    涙道    レーザー    二重    その他 ( )

**④現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？**

はい 糖尿病    高血圧    心臓病    リウマチ    アレルギー性鼻炎    その他  
眼科疾患 \_\_\_\_\_ 眼科・病院

**⑤現在コンタクトをしていますか？**

はい (毎日・時々)    いいえ  
使用している種類を教えてください  
1day    2week・1か月    ハード    ソフト (使い捨てでないもの)

**⑥現在お持ちのメガネはよく見えますか**

はい    いいえ    メガネなし

**⑦女性の方にお聞きします。現在以下に該当していますか？**

妊娠中 ( 週目)    妊活中    授乳中