

ふりがな		男・女	生年月日	大正・昭和・平成・令和	年齢
氏名				年 月 日	才
住所	(〒 -)			体重(小児のみ)	kg
連絡先	(携帯)		(自宅)		

●どんな症状がありますか？(複数チェック可)

☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 両眼

☐ 見えにくい ☐ 目が赤い ☐ 目やに ☐ かゆく ☐ 涙目

☐ かゆい ☐ 痛い ☐ まぶたの腫れ ☐ 異物感

☐ その他 ()

●その症状はいつごろからですか？

☐ 今日から ☐ () 日前から ☐ () 週間前から ☐ その他 ()

●過去に白内障手術 または レーシックをされたことがありますか？

☐ 白内障 ☐ レーシック ☐ その他の眼手術 ☐ なし

●コンタクトレンズを使用していますか？

☐ はい ☐ いいえ

☐ ソフトレンズ ☐ 1day ☐ 1week ☐ 2week
☐ ハードレンズ ☐ 1month ☐ 3month

●当院で、コンタクトレンズ処方を希望されますか？

☐ はい ☐ いいえ

※当院取り扱いのコンタクトレンズのみで処方となります。
※当日お渡しできる在庫に限りがございます。
あらかじめご了承ください。

●現在治療中の病気、または以前大きな病気にかかれた事がありますか？
《はい》の場合は具体的にお答えください。 例⇒糖尿病・高血圧・ぜんそく・白内障・緑内障・網膜剥離など

☐ はい ☐ いいえ

時期

病名

●現在飲んでいるお薬はありますか？

☐ はい ☐ いいえ

薬剤名(お薬手帳を見せていただければ、ご記入不要です。)

●アレルギーはありますか？

☐ はい ☐ わからない ☐ いいえ

アレルゲン(合わないお薬・食べ物・生き物・花粉・ハウスダストなど)

●《女性のみ》 現在妊娠されていますか？

●《女性のみ》 現在授乳されていますか？

☐ はい ☐ わからない ☐ いいえ

妊娠 週

☐ はい ☐ いいえ

●ひまわり眼科をどちらでお知りになりましたか？

・ご紹介(様)

・広告

・ホームページ

・その他()

・ホームページ以外の医療機関サイト

・神奈川ひまわりクリニック