

ふりがな お名前	生年月日( T · S · H · R ) 年 月 日
〒 - 住所	事前にHPをみて来院されましたか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ ※初診の方でコンタ外処方の方は必ずHPをご覧ください (受付キャンセル多く他患者様をお待たせしてしまう為)
電話番号 ( - - )	

<症状> 該当にチェック☑をおねがいします	※学校でのけがの場合
いつごろ( )に( 右 · 左 · 両方 )眼が、	
<input type="checkbox"/> いたい・かゆい <input type="checkbox"/> めやにが出る <input type="checkbox"/> 疲れ目 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 打撲(脳外科受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
<input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> まぶたがはれた <input type="checkbox"/> ゴミがはいった <input type="checkbox"/> 涙がでる <input type="checkbox"/> まぶしい	
<input type="checkbox"/> 光がとぶ <input type="checkbox"/> 虫がとぶ <input type="checkbox"/> 乾燥 <input type="checkbox"/> その他( )	

<input type="checkbox"/> 学校からの視力検査 <input type="checkbox"/> 見づらい( 遠く · 近く · 両方 ) <input type="checkbox"/> 再検査(人間ドック) ↳ 学校の席は前から( )番目 ( <input type="checkbox"/> 不便あり <input type="checkbox"/> 不便なし ) ※お子様に確認して記入
<input type="checkbox"/> メガネ処方 持参メガネ( )年前作成 <input type="checkbox"/> マイオピン <input type="checkbox"/> オルソ適応検査 <input type="checkbox"/> 赤外線治療
<input type="checkbox"/> コンタ外処方(メガネ1番での購入のみ) ↳ 今コンタ外装用中ですか <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   ※次回外して来院お願いします [当院ではホームページにご案内ありますが、希望コンタがあれば先に患者様にて確認し来院]
↓コンタ外使用経験者①-④すべて記入してください↓

①コンタ外( 初使用 · 使用中 )( ソフト · ハード )   ②装用年数( )年   ③使用時間( )h  
 ④コンタ外使う頻度→( 毎日   週( )回   月( )回 ) その他( 年ぶりに使用したい )

①大きな病気はありますか→ いいえ・はい ( <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 網膜症 <input type="checkbox"/> 黄斑変性 <input type="checkbox"/> ドルーゼン <input type="checkbox"/> 網膜剥離 ) ( <input type="checkbox"/> コレステロール <input type="checkbox"/> 甲状腺 <input type="checkbox"/> 癌治療中( ) <input type="checkbox"/> バセドウ病 ) <input type="checkbox"/> その他( )   ※糖尿病の方は数値記入→ HbA1c( )%
---

②眼の手術歴はありますか→ いいえ・はい ( <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> ICL(レーシック) <input type="checkbox"/> 網膜レーザー ) ( )年前に( 右 · 左 · 両方 )眼
---

③お薬・食べ物アレルギーはありますか いいえ・はい→( 薬名 /食物 )
---

④現在、服用中のお薬はありますか   ※お薬手帳持参は「はい」に○のみ いいえ・はい→( 薬名 )
--