

Name (漢字は保険証で確認します) 誕生日 Birthday Age
 ひらがなでおなまえ 大 昭 平 年 月 日生 歳
 住所 Address 〒 電話
 携帯電話
 (その他緊急連絡先)

①他院からの紹介ですか？(他院からの紹介状はありますか?) はい いいえ

②きょうはどんなことでおいでですか? ○をつけてください

めやに 痛い 赤い ごろごろする かゆい なみだ しみる
 かすむ ゆがむ まぶしい 暗い 二重に見える 何か飛ぶものが見える
 白内障といわれている 緑内障といわれている ()

③それはいつからですか? ()から

④問題はどちらの眼ですか? 右 左 両方

⑤コンタクトレンズは使用していますか? いない はずしている はいっている (ハード・ソフト)

⑥今までに眼の手術をしたことがありますか? ない

白内障 LASIK () 右眼 左眼 両眼
 (年頃) (病院名)

⑥アレルギーはありますか? ない ある ()

お薬のアレルギー ない ある ()

⑦治療中のからだの病気はありますか? ない ある

糖尿病 (HbA1c) 高血圧 心臓病 ぜんそく 前立腺肥大
 アトピー 肝臓病 腎臓病 (透析あり/なし) 腰痛 膝痛 その他

[]

⑧いつも飲んでいるお薬はありますか? ない ある 別紙

お薬の名前

[]

⑨緑内障治療中の方にお伺いします(白内障・その他の方は記入不要です)

- (1) 緑内障治療はいつから始まりましたか? ()
- (2) ご家族に緑内障の方はいますか? いない いる ()
- (3) タバコは吸いますか? いままで喫煙歴はありますか? ない ある ()