

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) 血縁の方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 ()