

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

みえにくい ゆがむ まぶしい 暗い 視野が狭い・欠けている 二重に見える

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眼をケガしたことはありますか? なし ある ( みぎ ひだり /時期 )

例) ボールがぶつかった、転んでぶつけたなど  
( )

⑥運転はしますか? しない する ( 自動車 バイク 自転車 )

⑦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)

⑧今までに眼の手術をしたことがありますか? ない ある

白内障 緑内障 LASIK その他 ( ) 右眼 左眼 両眼  
( 年頃) (病院名)

⑨お薬や食べ物のアレルギーはありますか? ない ある ( )

⑩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 前立腺肥大 脳の病気  
アトピー 腎臓病 (透析あり/なし) その他

[ ]

⑪いつも飲んでいるお薬はありますか? ない ある お薬手帳参照

⑫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 ( )

(4) 金属アレルギーはありますか? ある なし

裏面の記載もお願いいたします。

【手術となった場合に重要な項目となりますのでご記入をお願いします】

① 前立腺肥大の内服治療をしたことはありますか？

(はい ・ いいえ) (薬剤名: )

② 血液をサラサラにするお薬を飲んでいませんか？

(はい ・ いいえ) (薬剤名: )

③ 今までに大きな病気や手術をされたことはありますか？

例) 心臓の手術、脳の手術、整形外科での手術など

[ ]  
[ ]  
[ ]