

フリガナ	生年月日：（大正・昭和・平成）		
お名前	年 月 日（ 才）		
	性別： 男 ・ 女	血液型： 型	
ご住所：〒		（自宅・勤務先）	
※本日の結果はご自宅まで郵送致します。郵送以外での受け取りをご希望の方は受付までお申し出ください。			
TEL： （自宅・勤務先）		携帯番号：	
緊急連絡先（自宅・勤務先・携帯・その他： ）		E-mail アドレス	
TEL：		@	
ご職業（なるべく具体的に）			

## 1. 当てはまるものがありましたらお選びください（複数回答可）

- |                                     |                                     |                                      |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最近視力が落ちた   | <input type="checkbox"/> 目が痛くなってしまう | <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい    |
| <input type="checkbox"/> コンタクトが合わない | <input type="checkbox"/> 目が乾きやすい    | <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい     |
| <input type="checkbox"/> メガネが合わない   | <input type="checkbox"/> 光がまぶしい     | <input type="checkbox"/> かすんで見える     |
| <input type="checkbox"/> 暗い所で見えにくい  | <input type="checkbox"/> 黒い点が見える    | <input type="checkbox"/> 手元のものが見えにくい |
| <input type="checkbox"/> その他（ ）     |                                     |                                      |

## 2. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？（ はい・いいえ ）

(コンタクトレンズの種類：ソフト・ハード・その他： )

## 3. 今までに目の病気をしたことはありますか？

- |                                 |                              |                                |                                 |                               |
|---------------------------------|------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白内障    | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 網膜はく離 | <input type="checkbox"/> 角膜ヘルペス | <input type="checkbox"/> はやり目 |
| <input type="checkbox"/> その他（ ） |                              |                                |                                 |                               |

## 4. 過去に何か目の手術を受けたことはありますか？

- |                                   |                                  |                                   |                                 |
|-----------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白内障の手術   | <input type="checkbox"/> レーシック手術 | <input type="checkbox"/> 網膜へのレーザー | <input type="checkbox"/> 緑内障の手術 |
| <input type="checkbox"/> 二重まぶたの手術 | <input type="checkbox"/> その他（ ）  |                                   |                                 |

## 5. 現在治療中の病気はありますか？

- |                              |                               |                              |                                 |                             |
|------------------------------|-------------------------------|------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 | <input type="checkbox"/> 心臓病    | <input type="checkbox"/> 喘息 |
| <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー | <input type="checkbox"/> 肝炎  | <input type="checkbox"/> その他（ ） |                             |

## 6. 現在使用中のお薬はありますか？（市販薬も含む）

(薬品名： )

## 7. 食べ物、薬、注射が原因でアレルギーが出たことはありますか？（ はい・いいえ ）

(アレルギーの出た食べ物、薬、注射の名前： )

## 8. 当院をどちらでお知りになりましたか？ 該当する項目を○で囲んでください。（複数回答可）

- |                               |                         |
|-------------------------------|-------------------------|
| 1. 雑誌を見た（ ）                   | 2. 新聞を見た（ ）             |
| 3. ラジオ・テレビ（ ）                 | 4. 南青山アイクリニックのホームページを見た |
| 5. 検索エンジン（ Yahoo・Google・その他 ） | 6. 知人の紹介（ ）             |
| 7. 眼科紹介（病院名： ）                |                         |
| 8. その他（携帯サイト・メルマガ・その他情報 ）     |                         |

9. 生活習慣についてお答えください。

- ・運動はしますか？（ する・たまにする・しない ）
- ・VDT 作業（パソコンの画面を見る）はしますか？（ する・しない ）  
1 週間の内（ 日） 1 日（ 時間）
- ・睡眠時間はどのぐらいですか？ 1 日（ 時間ぐらい）
- ・たばこは吸いますか？（ はい・以前吸っていた・吸ったことがない ）  
1 日（ 本）（ 年間）（ 年前に止めた）
- ・お酒は飲みますか？（ ほとんど飲まない・時々飲む・毎日飲む ）  
1 週間に（ 日） 1 回あたりの飲酒量（ 合程度）  
※清酒 1 合（180ml）の目安…ビール中瓶 1 本（500ml）、焼酎 35 度（80ml）、ワイン 2 杯（240ml）
- ・ビタミン剤やサプリメントなどを摂取していますか？（ はい・いいえ ）  
（種類： ）

☆ ドライアイの症状についてお答えください。（あてはまるものを○で囲んでください）

	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼が疲れやすい	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
目やにがでる	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼がごろごろする	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
重たい感じがする	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼が乾いた感じがする	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
なんとなく眼に不快感	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼が痛い	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼がかゆい	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
涙がでる	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
光を見るとまぶしい	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
眼が赤い	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）
涙を流して泣けない	1（感じない）	2（軽い）	3(中程度)	4（やや強い）	5（強い）

☆ 老眼についてお答えください。（あてはまるものを○で囲んでください）

- ・老眼の自覚症状はありますか？(読書などの時) {1、はい 2、いいえ 3、わからない}

**ご記入が終わりましたらお手数ですが、受付までお持ちください。**

※ 収集目的については、院内の案内文をご覧ください。また、当クリニックでは、患者様の誤認を防止するため、患者様のお名前をお呼びさせていただいております。