

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）	
※当クリニックからの郵便物が上記の住所に届くと不都合がある場合はお手数ですが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. 手術歴についてお答えください。

・過去に受けたことのある屈折矯正手術（視力に関係する手術）をお選びください。

- レーシック       PRK       白内障の手術       フェイキック IOL  
 RK       角膜移植       その他（      ）

・手術を受けた時期はいつごろですか？（      ）

・手術を受けた施設はどちらですか？（      ）

・現在の見え方に不具合はございますか？あればなるべく具体的にお書きください。

（      ）

・カルテのコピーまたは紹介状はお持ちですか？（ はい・いいえ      ）

## 2. 本日はどうなさいましたか？

- 定期検査を受けたい       再手術を受けたい       メガネかコンタクトレンズが欲しい  
 症状を相談したい       その他（      ）

## 3. 今までに目の病気をしたことはありますか？

- 白内障       緑内障       網膜はく離       角膜ヘルペス       はやり目  
 その他（      ）

## 4. 現在治療中の病気はありますか？

- 糖尿病       高血圧症       脳梗塞       心臓病       喘息  
 花粉症       アトピー       肝炎       その他（      ）

## 5. 現在使用中のお薬はありますか？（市販薬も含む）

（薬品名：      ）

## 6. 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：      ）

## 7. 当クリニック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（なるべく具体的に      ）

☆ ドライアイ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。