

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：〒			ご職業
※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			
電話番号 （必要時クリニックから連絡してよい番号を記入してください）			
① （自宅・携帯・勤務先・その他）	② （自宅・携帯・勤務先・その他）	③ （自宅・携帯・勤務先・その他）	
E-mail アドレス @			

- 本日はどうなさいましたか？当てはまるものを選んでください。
 

<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 目が赤い	<input type="checkbox"/> 目やにが出る	<input type="checkbox"/> 目が疲れる	<input type="checkbox"/> 目が腫れている
<input type="checkbox"/> 目が乾く	<input type="checkbox"/> 目が痛い	<input type="checkbox"/> 目がかゆい	<input type="checkbox"/> 涙が出すぎる	<input type="checkbox"/> 黒い物が見える
<input type="checkbox"/> 健康診断の再検査希望	<input type="checkbox"/> メガネの処方希望	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズの処方希望		
<input type="checkbox"/> 白内障の手術希望	<input type="checkbox"/> その他症状があればなるべく具体的にお書きください			
<input type="checkbox"/> LASIKの手術希望	（ ）			

 ・症状のある目はどちらの目ですか？（ 右目・左目・両目 ）  
 ・症状はいつからありますか？（ ）日前 （ ）ヵ月前 （ ）年前から
- 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： ）
- 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（ ）				
- 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（ ）	
- 過去に輸血を受けたり、肝炎になったことがありますか？
 

<input type="checkbox"/> 輸血をしたことがある	<input type="checkbox"/> 肝炎になったことがある	<input type="checkbox"/> いいえ
-------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------
- 現在使用中のお薬はありますか？（市販薬も含む）  
 （薬品名： ）
- 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： ）
- 現在妊娠中、授乳中、避妊薬を服用されている方はお答えください。
 

<input type="checkbox"/> 現在妊娠中	<input type="checkbox"/> 現在授乳中（ 頃まで予定）	<input type="checkbox"/> 避妊薬を服用中
--------------------------------	--	----------------------------------
- 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（バスの音声広告を聞いた 等	）
- 今までに麻酔を使用して気分が悪くなったことはありますか？（ はい ・ いいえ ）

☆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。