

全ての項目をご記入し受付へ提出してください。

カードリーダーにマイナンバーカード（資格確認書）をかざしてください。

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 歳
お名前	様	性別	男・女
ご住所	〒	お電話	()
		ご職業	

本日はどちらで受付をされますか？（ マイナンバー ・ 資格確認書 ）

各種医療証はありますか？（ あり ・ なし ）

予約の有無 あり・なし

1. どうされましたか？ （ 右目 左目 両眼 ）

見えづらい かすむ 痛い かゆい かかわく 赤い めやに ごろごろする まぶしい

はれている 目が疲れる 黒いものが見える ぶつけた

人間ドックや健診にて受診するよう言われた（健診結果を受付にお渡し下さい）

眼鏡処方相談 その他の症状（ ）

【注】眼鏡処方は原則予約制での受付になります。

又は

コンタクトレンズ処方の希望 （ ソフト or ハード ）

【注】コンタクトレンズ処方は中学生以上からです。

※希望レンズの商品名:

※自由診療 小児近視進行抑制治療の相談（オルソケラトロジー・リジュセアミニ点眼液） 結膜母斑の相談

2. いつごろからですか？

()まえから

3. コンタクトレンズは普段お使いですか？

いいえ はい ⇒ 年（ ハード 年 ・ ソフト 年 ）

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？（ ）
いつごろ？（ ）

5. アレルギーはありますか？

いいえ はい ⇒ 花粉症 ぜんそく アトピー その他（ ）

6. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ⇒ 薬の種類（ ）
症状（ ）

7. 今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他（ ）

8. 血縁の方に緑内障の方はいらっしゃいますか？

いいえ はい ⇒ 関係（ ）

9. 現在飲んでいるお薬や、目薬はありますか？

※お薬手帳（ あり ・ なし ）

いいえ はい ⇒ 薬の種類（ ）

10. 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください。

妊娠中()ヶ月 わからない 授乳中 該当なし