

ふりがな		男 ・ 女	生年月日			
お名前			明・大・昭・平・令			
住所	〒					才
電話番号						

- あてはまるものを、○で囲んでください。

● 今日はこちらをご希望ですか？

【視力矯正治療】オルソケラトロジー

【近視抑制用点眼液】マイオピン

● その他にあてはまる症状がありましたらご記入ください。

めやに 目が赤い かゆい ゴロゴロ 涙 乾燥 疲れる かすむ ゆがむ
二重に見える 視野が欠ける まぶたの腫れ・痛み 浮遊物が見える 光が見える
近くが見にくい その他 ()

● 上記の○で囲んだ症状の詳しい内容をご記入ください。

- 眼鏡は使用していますか？

はい・いいえ

◎いつ頃からですか？ ()

- コンタクトレンズは使用していますか？

はい・いいえ

◎いつ頃からですか？ ()

◎使用している種類、度数等の詳しい内容をお分かりでしたらご記入ください。

使い捨てコンタクトレンズ ・ ソフトコンタクトレンズ ・ ハードコンタクトレンズ

- 今までに目の病気をしたことはありますか？

はい・いいえ

具体的に→

- 今までに目の手術をされたことはありますか？

はい ()

・いいえ

- 現在治療中の病気・過去にかかったことのある病気はありますか？

高血圧 糖尿病 腎臓病 脳梗塞 喘息 アトピー その他

具体的に→

- 現在服用中のお薬はありますか？

はい・いいえ

具体的に→

- 薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？

はい・いいえ

具体的に→

- 富久クロス眼科を知ったきっかけを教えてください。(複数可)

近所・通勤・通学路なので見たことがあった

インターネット

(パソコン スマートフォン)

イトーヨーカドーに来た時に知った

電柱の案内

隣接のクリニックに来た時に知った

他医療機関からの紹介

ご家族・知人・職場の同僚などの紹介

その他 ()

ポケットティッシュの案内を見て知った。