

◆他院からの紹介状をお持ちですか。 (あり ・ なし)

◆本日 来院された理由をお書きください。

どちらの眼 (右 ・ 左 ・ 両) いつから (年 月 日から / くらい前から)
 視力低下 ・ かすんで見える ・ ゆがんで見える ・ 充血 ・ かゆみ ・ 目やに ・ 痛み ・
 健診 ・ 飛蚊症 ・ 白内障手術希望

その他の症状

◆今まで目の病気になったことがあれば、病名と治療法をお書きください。

病名 () ()
 治療 (レーザー ・ 手術 ・ 注射 ・ その他)

◆現在使用している点眼薬があればお書きください。(あさぎり病院以外で処方された点眼薬など)

◆現在 治療中の病気、以前かかった病気や手術歴があればお書きください。

糖尿病 高血圧 心疾患 腎疾患 肝疾患 脳疾患 眼の注射歴
高脂血症 高尿酸血症 骨粗鬆症 リウマチ 認知症 喘息 前立腺肥大

その他の病気や手術歴があればお書きください

◆以下の病気や治療歴がある方は通院先などを教えてください

病気や治療歴 (○をつけてください)	通院先・住所・主治医
糖尿病 (糖尿病手帳 あり ・ なし)	
高血圧	
心筋梗塞・狭心症・心不全・カテーテル治療・ペースメーカー・心臓手術	
人工透析 (月・火・水・木・金・土 曜日) (時 ~ 時 まで)	

◆アレルギーがある方はご記入ください。

点眼薬 () 薬剤 () 食べ物 ()
 その他 ()

◆現在 コンタクトレンズを装用している方はご記入ください。

本日の使用 (あり ・ なし) 最終装用 (月 日)
 種類 (使い捨て ・ ハード ・ ソフト)

手術をご希望の方は、以下ご記入ください。

◆電話番号を2か所教えてください。(連絡が必ずとれる番号をお書きください)

①【 — — 】 続柄【 】 氏名【 】
②【 — — 】 続柄【 】 氏名【 】

◆お身体や生活動作について教えてください。

入れ歯	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	移動	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> バギー	<input type="checkbox"/> 歩行可
トイレ	<input type="checkbox"/> 介助要	<input type="checkbox"/> 自立	難聴	<input type="checkbox"/> あり			<input type="checkbox"/> なし
おむつ	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	補聴器	<input type="checkbox"/> あり(右・左・両)			<input type="checkbox"/> なし
かつら	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし	転倒歴	<input type="checkbox"/> あり(1年以内)			<input type="checkbox"/> なし
アートメイク	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし					

書き終わりましたら、お声かけするまでお待ちください。

2024.5.13 改訂