

受診の目的

検査・診察希望 ➡

- 詳しい検査を希望
- 診察のみ希望

手術希望 ➡

- すべて保険内での治療を希望する
- 高機能レンズを用いた保険外（自費、先進医療）での治療も検討したい
- 良くわからない、相談して決めたい

セカンドオピニオン希望（病名

）

その他（

）

症状 具体的に

例) 半年前から左目がかすんで見えにくくなってきた。
 来月免許更新があるが、今のメガネで受かるか知りたい。
 メガネを替えてもダメなら手術をしたい。

※一番気になること、特に尋ねたいことがあれば御記入ください。

◆光に弱く、強い光で気分が悪くなったことはありますか？ ある ない

◆散瞳薬で充血したことはありますか？ ある ない 不明

◆以下のお薬で具合が悪くなったことがありますか？ ある ない

抗生物質 鎮痛剤 風邪薬 麻酔薬 目薬 消毒薬

アルコール その他 ()

具体的な薬品名 ()

どのような症状が出ましたか？ ()

◆以下の病気の診断を受けたことがありますか？ ある ない

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞

アトピー性皮膚炎 喘息 腎臓病 (透析等)

認知症・精神疾患 (内容)

その他 ()

◆以下に現在内服している薬はありますか？ ある ない

降圧剤 抗不整脈薬 糖尿病薬 抗生物質

血流改善薬 (バイアスピリン・ワーファリン等) 鎮痛剤

睡眠導入剤・精神安定剤 (デパス等) 泌尿器科の薬 抗癌剤

その他 ()

◆妊娠中・授乳中 はい いいえ

ご案内

- ・受付時間は8：30～11：00迄ですが、詳しい検査をご希望の方はお早目の来院をお勧めしています。
- ・手術ご希望の方や、ご紹介状をお持ちの方はお電話で来院予約をして頂くことをお勧めしております。
- ・初めて受診される方や手術ご希望の方は、瞳孔を開いての詳しい検査をさせていただきます。
瞳孔を開くと4～5時間程見にくい状態になります。自動車やバイクを運転しての来院は避けて下さい。
- ・眼鏡やコンタクトレンズご使用の方は以前使用していたものも含め、全てお持ち下さい。
- ・手術ご希望の方でお薬手帳や採血結果をお持ちの方は、来院の際にご持参下さい。

大正 昭和 平成 令和

フリガナ

お名前 _____ 様 生年月日 _____ 年 月 日

日中の連絡先電話番号 (_____) _____

〒 _____

ご住所 _____

どなたからのご紹介でしょうか？

- 他院より紹介 (_____)
- 家族・知人より紹介 (_____ 様)
- 眼鏡店より紹介 (_____ 眼鏡店)
- ホームページ
- その他 (_____)