

最後に受診してから半年以内の方

【下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。】

名前

■医師の希望はありますか？ 希望なし 前回と同じ医師 院長

■目の症状についてお聞きします。

変わったことはない。(前回の続きを希望)

気になる症状を以下ご記入ください。

※症状によっては瞳孔を広げる検査が追加になる場合があります。

その場合、診察する先生へ検査内容を確認するためお時間がかかる場合があります。

いつ頃からですか？ → () 頃から

どちらの目ですか？ → 右目 左目 両目 まぶた

どのような症状ですか？

目が赤い・目ヤニ・涙が出る 視力低下(見づらい・かすむ・ぼやける)

目が疲れる(日中・夜) 歪んで見える 眼鏡処方箋希望

検診で要検査になった(緑内障など) 斜視 物が二重に見える

【上記以外の症状の方はこちらに記入お願いします。】

■障害手帳や療育手帳はお持ちですか？ はい いいえ

■自分で車を運転をしてきましたか？ はい いいえ

■眼鏡を持ってきていますか？ はい いいえ 元々持っていない

■お薬手帳を持ってきていますか？ はい いいえ 元々持っていない

■他院から処方されているお薬はありますか？ ある ない

■前回からお薬手帳の内容に変更はありますか？ ある ない

※変更がある場合、確認のため詳細をお伺いすることがあります。

ご記入ありがとうございました。