

お名前 _____

体温 _____℃

1. 受付時にマイナ保険証による診療情報の取得に同意しましたか？ いいえ はい
2. 本日はどのような症状がありますか？
 見えにくい 充血 痛い 乾く かゆい めやに 涙が出る
 まぶしい まぶたのはれ 黒いものが飛ぶ 違和感（ココココ）
 ゆがんで見える メガネ・コンタクトの相談 その他（ _____ ）
3. いつから、どちらの目に症状がありますか？
 両目（ _____ 日前～） 右目（ _____ 日前～） 左目（ _____ 日前～）
4. 今までに目の病気又は目の手術をしたことがありますか？
 ない ある（病名 _____ ）（いつ頃 _____ ）
5. 現在、治療中の病気がありますか？
 ない ある（病名 _____ ）（医療機関名 _____ ）
6. 現在、飲まれているお薬はありますか？
 ない ある → お薬手帳をご提示ください（お持ちでない方はご記入ください）
（お薬の名前： _____ ）
7. 今までに入院、手術などをして治療したことはありますか？
 ない ある（病名 _____ ）（医療機関名 _____ ）
8. アレルギー体質、アレルギー性の病気はありますか？
 ない ある → ゴム製品 金属 テープ 湿布
 アトピー性皮膚炎 食べ物のアレルギー アレルギー性鼻炎
 薬のアレルギー（薬剤名： _____ ）
 その他（ _____ ）
9. 女性のみ 妊娠中、もしくは妊娠の可能性はありますか？
 ない ある 【出産予定日： _____ 月 _____ 日】 授乳中である