

フリガナ	生年月日 T・S・H・R	年	月	日	才
お名前	男 ・ 女	電話番号			
		携帯電話			
ご住所 〒					

1.本日はどうされましたか？あてはまる症状をお選び下さい。（複数可）

めやに 目が赤い かゆい ゴロゴロ 痛み まぶたの腫れ まぶたの痛み 涙 乾燥 疲れる かすむ ゆがむ 二重に見える 視野が欠ける 浮遊物が見える 光が見える 遠くが見にくい 近くが見にくい メガネを作りたい コンタクトを作りたい 学校検診での指摘 健康診断・人間ドックでの指摘 その他（ ）
◎どちらの目に？ 両目・右目・左目 ◎いつ頃から（ ）
症状の詳しい内容をご記入ください。

2.今までに、目の手術や目のレーザー治療などを受けられたことはございますか？ はい ・ いいえ

はい、の方は具体的にご記入下さい。

3.現在治療中、または過去に治療されたことのある病気はございますか？ はい ・ いいえ

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 脳梗塞 ・ アトピー ・ その他 ※糖尿病の治療中の方は、管理手帳または採血結果を受付または検査員にご提出下さい。
その他の方は具体的にご記入下さい。

4.現在服用中のお薬はありますか？ はい ・ いいえ

はい、の方は具体的にご記入下さい。※お薬手帳や薬剤情報をお持ちの方は受付または検査員にご提出下さい。
--

5.当院では、お薬を院内処方しています。必要な場合処方してよろしいですか？ はい ・ いいえ

6.お薬・食べ物・その他のアレルギーはございますか？ はい ・ いいえ

はい、の方は具体的にご記入下さい。

7.本日、ご自身で車を運転して来られましたか？ はい ・ いいえ

8.以下、本日コンタクトレンズの作成をご希望の方にお伺い致します。

◎コンタクトレンズのご使用経験はございますか？	ハード【あり・なし】	ソフト【あり・なし】
◎本日はコンタクトレンズを装用していますか？	はい	いいえ
◎ご購入予定の販売店はお決まりですか？	アリオ館内販売店	・ネット等館内以外 ・未定

9.女性の方にお伺い致します。※治療が必要な場合、お薬を処方する可能性がある為にお伺いしております。

妊娠中、妊娠の可能性または授乳中でいらっしゃいますか？	はい	・	いいえ
はい、の方にお伺い致します。	妊娠中（	ヶ月）	・ 妊娠中の可能性 ・ 授乳中

アンケートにご協力下さい。おおたけ眼科上尾医院をお知りになったきっかけをお教え下さい。

家族・知人の紹介 アリオに来て知った アリオの看板を見た 道路の看板を見た インターネット・ホームページを見た（PC・スマホ・携帯） その他（ ）
--

以上です。ありがとうございました。