

ふりがな
お名前

男・女

生年月日

明 大 昭 平

年 月 日

〒
ご住所

ご自宅

携帯電話

- 今日は、何で受診されますか？ 一般眼科診療 目ヤニ コンタクト（初めて・更新・定期検診）
 斜視・弱視診療 ドライアイ

●症状は、いつからですか？ _____（時間・日・週・月）前から

●どんな症状ですか？

[]

●当てはまる所にチェックして下さい。

- コンタクト使用（ソフト・ハード） 眼鏡使用（遠用・近用・遠近） 薬剤アレルギー（ _____ ）
 アレルギー体質（ _____ ） 花粉症（ _____ 月頃）
 緑内障 糖尿病 高血圧 妊娠（女性の方のみ） その他疾患（ _____ ）

●現在、服用（点眼）中の薬剤はありますか。（はい・いいえ）

薬品名 []

●その他何かありましたら記入して下さい。

[]

ドライアイチェック表

ドライアイチェック1

10秒間まばたきをせずにいられなければ、ドライアイの可能性が高いと言われています。

ドライアイチェック2

当てはまる症状をチェックして下さい。

- | | |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい | <input type="checkbox"/> 目が痛い |
| <input type="checkbox"/> 目がゴロゴロする | <input type="checkbox"/> 光をまぶしく感じやすい |
| <input type="checkbox"/> 目が重たい感じがする | <input type="checkbox"/> なんとなく目に不快感がある |
| <input type="checkbox"/> 目が乾いた感じがする | <input type="checkbox"/> 目が赤くなりやすい |
| <input type="checkbox"/> 物がかすんで見える | <input type="checkbox"/> 理由もなく涙が出る |
| <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目やにがでる |

5つ以上チェックがついた方は、ドライアイの可能性が高いです。