



■現在の自覚症状と最も近いと思われるものをお選びいただき、○で囲んでください。

目が疲れる	右目	全く感じない 0	1	2	3	かなり感じる 4
	左目	0	1	2	3	4
まぶしく感じる	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
乾燥感（乾き）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
異物感（ゴロゴロ）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
かゆみがある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
充血する	右目	全くしない 0	1	2	3	かなりある 4
	左目	0	1	2	3	4
目やにがでる	右目	全くない 0	1	2	3	かなりでる 4
	左目	0	1	2	3	4

\* 薄目を開けて寝ているといわれたことがありますか？ : (はい ・ いいえ)

その他の症状があれば、なるべく具体的にお書きください。

■現在、または過去に目や全身の病気、手術、ケガがあればお書きください。

目の病気や手術 : ( ) まぶたの手術 : (ある ・ ない)

全身の病気や手術 : ( )

ご家族で目や全身の病気をお持ちの方がいらしたらお書きください。

病気や手術 : ( ) あなたとの続柄 : ( )

■輸血歴、肝炎の既往歴 (過去に輸血を受けたり、肝炎になったことのある方はお答えください。)

輸血 : (ある ・ ない) 肝炎 : (ある ・ ない)

■現在妊娠中、授乳中、避妊薬（ピルなど）を内服中でしたらお書きください。

妊娠中 : (現在 \_\_\_\_\_ カ月) 授乳中 : ( \_\_\_\_\_ 月まで予定)

避妊薬内服中 : (薬品 : \_\_\_\_\_、いつ頃から : \_\_\_\_\_)

■現在、使用中の薬がありましたらお書きください(市販薬も含む)。

点眼薬 : ( ) 病院 ( )

内服薬 : ( ) 病院 ( )

注射 : ( ) 病院 ( )

■アレルギーの有無についてお答えください。

花粉症 ・ 食物 ( ) ・ 薬物 ( )

その他 ( )

ご記入ありがとうございました。記入が終わりましたら、お手数ですが受付までお持ちください。