

Patient Information

Name: _____ Today's Date: _____ / _____ / _____

Address: _____ Age: _____ Male Female

City: _____ State: _____ Zip: _____ Date of Birth: _____ / _____ / _____

Email: _____ 勤務先/学校: _____

配偶者または後見人の名前: _____ 職種/学年: _____

 Home Phone _____ Work Phone _____ Cell Phone _____

緊急連絡先 名前: _____

Home Phone _____ 関係: _____

Work Phone _____ Cell Phone _____

How were you referred to our office?

 家族/知人 _____ 医師 _____ その他 _____

Insurance Information

VISION Insurance: _____ Subscriber I.D.# _____

Subscriber's Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____

MEDICAL Insurance: _____ Subscriber I.D.# _____

Subscriber's Name _____ Date of Birth _____ Relationship _____

Eye Health History

来院の理由: _____

前回の検眼日: _____ ドクターの名前: _____

眼鏡を装用していますか? はい いいえ “はい”の場合: 常用 時々 コンピューター 読書 TV 運転時 その他: _____ 今使用中の眼鏡はいつ作りましたか? _____

使用中の眼鏡に関して気になることがありますか? _____

【本日コンタクトレンズの検診も希望されますか? はい いいえ】

* 一般検診から 30 日を経過後、コンタクトレンズ処方が必要になった場合、再度一般検診から受けていただく必要があります。

・コンタクトレンズを試したことがありますか? はい 種類: _____ いいえ・現在コンタクトレンズを使っていますか? はい いいえ

コンタクトレンズの処方箋のみをご希望の方は、検査前に必ずスタッフにお申し出ください。一部保険の給付額が変わり、自己負担が増えますのでご注意ください。RGP ハードコンタクトレンズに関しては、処方箋のみの検査はしません。

上記の項目を確認していただいた旨、署名をしてください。

* 裏面にも続きます *

署名 _____ 日付 _____

Eye Health History - continued

本人、または血縁の方で下記の有無、また診断もしくは治療を受けたことがありますか？

	本人		本人	家族
視力低下 - 遠方	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	緑内障	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
視力低下 - 近業	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	白内障	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
目の怪我	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	弱視	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
かゆみ	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	斜視	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
涙目	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	屈折異常	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
目の痛み	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	虹彩炎・葡萄膜炎	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
異物感	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	眼瞼下垂症	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
光または飛蚊症が見える	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	視野狭窄	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
眼精疲労	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	一時的な視力損失	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
平常より多くめやにがでる	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	色覚異常	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
物がゆがむ・光の輪が見える	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	失明	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
光に過敏である	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	眼震	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
物が二つに見える	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	黄班部変性	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
目が乾く	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	角膜表皮の傷または剥離	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
目の充血	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	網膜剥離	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
ものもらい	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	網膜疾患	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
眼瞼痙攣	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	円錐角膜	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No

Medical History

前回の内科検診日: _____ Drの名前: _____ 電話番号: _____

1. 薬に、もしくは他の物質に対するアレルギーがありますか？ はい いいえ

薬、またはアレルギー源のリスト: _____

2. 現在お使いの薬の名前を記入ください。(アスピリン、市販薬、避妊薬、目薬も含みます)

3. 大きなけが、手術、入院歴を記入ください: _____

4. 妊娠または授乳中ですか？ はい いいえ 5. 喫煙をしますか？ はい いいえ 飲酒をしますか？ はい いいえ

本人、または血縁の方で下記の有無、また診断もしくは治療を受けたことがありますか？

	本人	家族		本人	家族
喘息	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	癌	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
花粉症	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	肝炎 (____型)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
高血圧	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	皮膚病	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
コレステロール	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	筋肉骨系の疾患、異常	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
血液、リンパ系疾患	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	卒中	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
心臓病	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	甲状腺異常	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
腎臓病	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	ペースメーカー	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
糖尿	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	精神疾患	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
呼吸器疾患	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	Shingles (帯状疱疹)	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No
消化器系疾患	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No	AIDS/HIV	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes _____ <input type="checkbox"/> No