

健診申込

ご記入いただきました情報は、個人情報保護法に基づき当院が責任を持って保管いたします

フリガナ ご氏名		男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日生	才
ご自宅住所 マンション名	〒 ※健診結果はご自宅まで郵送いたします	
電話番号	☎ () -	
携帯番号	☎ () -	
ご職業 (なるべく具体的に)		

年 月 日 No. _____

1. 当てはまるものがありましたらお選びください（複数回答可）

- | | | |
|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 最近視力が落ちた | <input type="checkbox"/> 目が痛くなってしまう | <input type="checkbox"/> 目が充血しやすい |
| <input type="checkbox"/> コンタクトが合わない | <input type="checkbox"/> 目が乾きやすい | <input type="checkbox"/> 涙が多い |
| <input type="checkbox"/> メガネが合わない | <input type="checkbox"/> 光がまぶしい | <input type="checkbox"/> かすんで見える |
| <input type="checkbox"/> 暗い所で見えにくい | <input type="checkbox"/> 黒い点が見える | <input type="checkbox"/> 手元のものが見えにくい |
| <input type="checkbox"/> 目が疲れやすい | | |

2. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？（はい ・ いいえ）

（コンタクトレンズの種類：ソフト ・ ハード ・ その他： _____）

3. 現在眼科に通院していますか？（はい ・ いいえ）

治療中の病気（ _____ ）

4. 今までに目の病気をしたことがありますか？

- | | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 白内障 | <input type="checkbox"/> 緑内障 | <input type="checkbox"/> 網膜剥離 | <input type="checkbox"/> 角膜ヘルペス | <input type="checkbox"/> はやり目 |
| <input type="checkbox"/> アレルギー性結膜炎 | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） | | | |
| <input type="checkbox"/> 血縁者に目の病気の方が | （ いる ・ いない ） | | | |
| 治療中の病気（ _____ ） | | | | |

お手数ですが、2枚目のご記入もお願い致します。

5. 過去に何か目の手術を受けたことはありますか？

- 白内障の手術 レーシック手術 網膜へのレーザー 緑内障の手術
二重まぶたの手術 その他 ()

6. 現在治療中の病気はありますか？

- 高血圧 心臓病 喘息 脳梗塞
花粉症 アトピー 肝炎 その他 ()
糖尿病 (年 月より HbA1c %)

7. 現在使用中のお薬はありますか？(市販薬も含む)

(薬品名:)

8. 食べ物、薬、注射が原因でアレルギーが出たことはありますか？(はい ・ いいえ)

(アレルギーのでた食べ物、薬、注射の名前:)

9. 生活習慣についてお答えください。

・運動はしますか？(する ・ たまにする ・ しない)

・VDT作業(パソコンの画面を見る)はしますか？(する ・ しない)
1週間の内(日) 1日(時間)

・スマートフォン、又はタブレットを使う時間はどのくらいですか？
1日に(1時間以内 ・ 2~3時間 ・ 6時間以上)

・睡眠時間はどのくらいですか？ 1日(時間くらい)

・たばこは吸いますか？(はい ・ 以前吸っていた ・ 吸ったことがない)

・お酒は飲みますか？(ほとんど飲まない ・ 時々飲む ・ 毎日飲む)
1週間に(日) 1日あたりの飲酒量(合程度)

※清酒1合(180ml)の目安…ビール中瓶1本(500ml)、焼酎35度(80ml)、ワイン2杯(240ml)

・ビタミン剤やサプリメントなど摂取していますか？(はい ・ いいえ)

(種類:)

ご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。