

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) | | |

2021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ふ | <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 H b A 1 c %)

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 (時間ぐらい)

・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。