



趣味でスポーツ・格闘技などをしますか？

はい ⇒ スポーツ・格闘技名 ( ) いいえ

現在、眼に自覚症状がありますか？

はい ⇒ 充血 目やに いたみ・かゆみ・異物感 斜視・斜位 飛蚊症 乾燥感・ドライアイ  
眼精疲労 老眼 花粉症・アレルギー ものもらい・まぶたの腫れ 光過敏・まぶしさ  
その他 ( )  
いいえ

ご本人の病歴をお答えください 今までに、眼科で診断や治療を受けたことはありますか？（複数回答可）

はい ⇒ 白内障 緑内障 角膜炎・結膜炎 アレルギー 斜視・斜位 眼鏡・コンタクトレンズ処方  
乾燥感・ドライアイ 網膜疾患 ぶどう膜炎 その他 ( )  
手術 ( )  
いいえ

ご本人の病歴をお答えください 今までに、大きな病気にかかったり手術を受けたことはありますか？（複数回答可）

はい ⇒ 自己免疫疾患 (リウマチ 膠原病 その他 ( )  
アレルギー・アトピー ぜんそく 甲状腺疾患 心臓疾患 脳疾患 肝臓病 腎臓病  
糖尿病 高血圧 ケロイド体質 その他 ( )  
手術 ( )  
いいえ

ご家族の病歴をお答えください ご家族で大きな病気にかかれた方はいらっしゃいますか？（複数回答可）

はい ⇒ 自己免疫疾患 (リウマチ 膠原病 その他 ( )  
アレルギー・アトピー ぜんそく 甲状腺疾患 心臓疾患 脳疾患 肝臓病 腎臓病  
糖尿病 高血圧 ケロイド体質 緑内障 その他 ( )  
いいえ

現在、病院で治療中の病気はありますか？

はい ⇒ 疾患名 ( ) いいえ

現在、点眼薬・内服薬・塗り薬・貼り薬・サプリメント を使用していますか？（病院処方薬・自己購入薬・市販薬 すべて）

はい ⇒ 薬品名 ( ) いいえ

薬剤・注射・食品・金属・ラテックスゴム・線維 その他によるアレルギーはありますか？

はい ⇒ 対象 ( ) いいえ  
わからない

これまでに B型肝炎・C型肝炎・梅毒・ウイルス性感染症・HIVと診断されたり、現在それらに感染している可能性はありますか？

ある ⇒ ( ) ない わからない

女性の方のみお答えください

現在、月経中ですか？ はい いいえ  
現在、妊娠中ですか？ はい ⇒ (妊娠 週目) いいえ  
現在、授乳中ですか？ はい いいえ  
経口避妊薬（ピル）を内服中ですか？ はい いいえ

ご回答ありがとうございました。