

フリガナ お名前	生年月日：西暦 19 年 月 日 (才)		
	性別： 男 ・ 女	血液型： 型	
ご住所：〒		ご自宅・会社	
*ダイレクトメール等お送りしてもよろしいですか？ はい・いいえ			
TEL：	携帯番号：		
*当院からご連絡する際にクリニック名を出してもよろしいですか？ はい・いいえ			
緊急連絡先 TEL：	E-mail アドレス	@	.ne.jp .co.jp .com
ご職業（なるべく具体的に）			
パソコン使用 有・無 / 夜間の車の運転 有・無			

1. 当院でのレーシック手術をどちらでお知りになりましたか？ 該当する項目を○で囲んでください。（複数回答可）
 1. 菊川眼科のホームページを見た
 2. 菊川眼科内の掲示物を見た
 3. テレビ・ラジオ（ ）
 4. 一括資料請求サイトレーシックコムで資料請求をした
 5. レーシックWEBを見た
 6. 知人のご紹介（ご紹介者のお名前： ）
 7. 眼科紹介（病院名： ）
 8. レーシックの資料請求をした
 9. 看板
 10. その他（ ）
2. 現在のコンタクトレンズの使用状況を以下からお選びいただき、○で囲んでください。
 1. 使用していない
 2. 使用している（ソフト・ハード _____年間使用）
 3. はずしている（ソフト・ハード _____日前から）
3. どの程度の裸眼視力（メガネ、コンタクトレンズなしの視力）改善を期待していますか？
 1. 1.0以上（遠くの細かいものが良く見える）
 2. 1.0程度（遠くが見える）
 3. 0.7程度（運転免許の更新ができる程度）
 4. 0.5程度（日常生活がメガネやコンタクトレンズなしで、なんとか過ごせる程度）
 5. 0.1程度（分厚いメガネから解放されれば良い）
4. 手術を受けたいと思う動機を以下からお選びいただき、○で囲んでください。（複数の回答可）
 1. 職業的な理由（ ）
 2. メガネは外見上不利
 3. スポーツ（種類： ）や趣味のため、メガネ・コンタクトは不便
 4. 不同視（左右の近視の度数が違いすぎるので疲れる）がある
 5. メガネはとても疲れる
 6. コンタクトレンズは異物感、充血が出現するので長時間できない
 7. コンタクトレンズの手入れが面倒
 8. 新しい手術だから受けてみたい
 9. メガネ、コンタクトレンズはお金がかかる
 10. 裸眼で生活したい
 11. その他（ ）

5. 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○	1	2	3	かなり感じる4
	左目	○	1	2	3	4
まぶしく感じる	右目	○	1	2	3	4
	左目	○	1	2	3	4
乾燥感(乾き)がある	右目	○	1	2	3	4
	左目	○	1	2	3	4
異物感(ゴロゴロ)がある	右目	○	1	2	3	4
	左目	○	1	2	3	4
かゆみがある	右目	○	1	2	3	4
	左目	○	1	2	3	4
充血する	右目	全くしない○	1	2	3	かなりある4
	左目	○	1	2	3	4
目やにがでる	右目	全くない○	1	2	3	かなりでる4
	左目	○	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。

6. 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。

()

7. 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

8. 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 _____ 力月) 授乳中：(_____ 月まで予定)
避妊薬内服中：(薬品： _____、いつ頃から _____)

9. 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：()
内服薬：()
注射：()

10. 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。