

お名前： _____ 生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ 歳）

性別：女性・男性

メールアドレス： _____

電話番号： _____

ご住所： _____

ひまわりクリニックを受診したことがありますか？

はい いいえ

コンタクトレンズは使用していますか？

はい いいえ

「はい」の方、コンタクトの種類はなんですか？

ソフトレンズ ハードレンズ カラーレンズ

「はい」の方、コンタクトの使用年数は何年ですか？

年

まぶたをよくこすりますか？

はい いいえ

「はい」の方、なぜですか？

花粉症がある アトピー性皮膚炎がある コンタクトをはずした後かゆい

眠いときなど、こする癖がある その他

「ひとえ」が「ふたえ」になったり、「ふたえ」の幅が前より広くなったり、
三重四重と乱れてきましたか？

はい いいえ

額のしわが他人に比べ深いと感じますか？

はい いいえ

目が乾きやすいですか？

はい いいえ

よく頭痛がおきますか？

はい いいえ

「はい」の方、どんな頭痛ですか？

重たい感じ しめつけられるような感じ ズキン、ズキンのくりかえし

どのあたりが痛みますか？

全体 眼球の奥 こめかみ 耳の後ろ 頭のとっぺん

肩こりでお悩みですか？

はい いいえ

「はい」の方、何年前からですか？

年前

「うなじ」はこっていますか？

2枚目

はい いいえ

写真を撮るときに「顎をひいて」と言われますか？

はい いいえ

夜、疲れているのに眠れないことがありますか？

はい いいえ

「はい」の方、どんな状態ですか？

寝付きが悪い トイレでもないのに夜中に目がさめる 朝、早く目がさめてしまう
その他

原因もないのに「ゆううつ」な気分になったり不安になることがありますか？

はい いいえ

「はい」の方、どんな状態ですか？

ゆううつ 不安 くよくよする

下記の症状であてはまるものがありますか？

はい いいえ

「はい」の方、どんな状態ですか？

冷え性がひどい 暑くないのに汗をよくかく
腸の病気でないのに年中おなかの具合が悪い（下痢・便秘しやすい）
過敏性腸症候群と言われた 自律神経失調と言われた

夕方、目が開かなくなってくる、またはいつも開きにくい

はい いいえ

口の開け閉めで、耳の前でカクカク音がしたり、口が大きく開けられない、
口を開けると耳の前が痛くなるなどありますか？

はい いいえ

腰痛はありますか？

しょちゅう 時々 めったにない

まぶたの手術経験はありますか？（埋没法など二重手術、眼瞼下垂症手術、その他）

はい いいえ

「はい」の方、

いつ頃：

どんな手術：

眼瞼下垂で一番のお悩みは何ですか？

まぶたが重い、見えにくなど…

常用薬を飲んでいますか？（重要です）

はい いいえ

「はい」の方、薬の名前を記入してください