

《問診票》

フリガナ		男 女	[生年月日] 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
お名前			年 月 日 歳
住所	〒		
電話番号	※18歳以下の方は保護者の番号を記入して下さい 携帯番号		

①今日はどうされましたか？

- 目の具合が悪い
 内科などから、または健康診断や人間ドックで受診を勧められた
 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい
 その他

②目の具合が悪い方にお尋ねします。

- 1) 症状が出たのはいつ頃からですか？ _____
- 2) どちらの目ですか？ 右目 左目 両目
- 3) どのような症状ですか？
- 赤い 目やにが出る かゆい 痛い ごろごろする まぶたが腫れた
 乾く 涙が出る 視力低下 かすむ 疲れる ゆがむ
 視野が欠けて見える 物が2つに見える 黒いものが飛んで見える
 目を打撲した(具体的に _____)
 その他 _____

③コンタクトレンズを使用の方にお尋ねします。

- 1)コンタクトレンズの使用歴は？ _____
- 2)週の使用日数は？ _____ 日間/週 3)装用時間は？ _____ 時間/日
- 4)現在使用中のコンタクトレンズは？
- ハード ソフト (レンズ名: _____)

④以前、眼科受診されていた病医院名をお書き下さい。

⑤今までに目の病気や手術・レーザー治療等の経験をされたことはありますか？

- ある (病気の名前: _____)
 ない

その病気について手術・レーザー治療を行いましたか？

- はい いいえ
 ⑥今までに下記の病気をされたことはありますか？
 糖尿病 高血圧 心臓疾患 喘息 リウマチ アトピー
 アレルギー(花粉症・食物・ダニ・ハウスダスト・動物・その他) ←該当するものに○して下さい

⑦使用禁止の薬(アレルギー症状が出るなど)はありますか？

- ある (薬の名前: _____)
 ない

⑧女性の方にお尋ねします。

- 現在、妊娠中ですか？ はい いいえ
 現在、授乳中ですか？ はい いいえ

⑨今日は何を見て来院されましたか？

- 知人・家族からの紹介 ホームページ 看板 チラシ
 その他 _____