

問診票

フリガナ	大正・昭和・平成	年齢	性別
名前	年 月 日	歳	男・女
住所 〒			
電話番号	自宅: 携帯:	職業:	

1. あなたの眼の具合が悪いのはどちらですか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 (特に右眼 ・ 特に左眼)

2. 当てはまる症状に○をしてください。

症状が出たのはいつ頃からですか？ (日前 ・ か月前 ・ 年前) から

見えにくい ・ かすむ ・ 出来物 ・ 乾燥感 ・ 痛い ・ かゆい ・ はれている ・ 疲れる ・ 充血

メヤニが出る ・ 涙が出る ・ ゴロゴロする ・ まぶしい ・ 黒い点が見える ・ 白内障検査 ・ 緑内障検査

眼底検査 ・ メガネを作りたい ・ 身体検査・健康診断で ()と言われた

その他 [

3. 今まで眼の病気をしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (どんな病気でしたか？ いつ頃？)

4. 今まで眼の手術をしたことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (手術内容※レーシック含む いつ頃？)

5. 今までアレルギー・特異体質と言われたことがありますか？

ない ・ 分からない ・ ある ⇒ (花粉症 ・ 鼻炎 ・ アトピー ・ 喘息 ・ その他:)

6. 飲み薬・注射等で具合が悪くなったことがありますか？

ない ・ ある ⇒ (どんなお薬・注射でしたか？)

7. 現在、眼以外の病気で他院にかかっていますか？(治療済みも含む)使用中のお薬があれば記入してください。

ある ⇒ 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 感染症 ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病 ・ リウマチ

(その他:)

特になし

使用中のお薬 あり ・ なし

8. 血縁関係の方の既往歴で当てはまるものに○をしてください。()内には続柄をお願いします。

緑内障() ・ 網膜色素変性症(夜盲症)() ・ 色覚異常() ・ 高血圧() ・ 糖尿病() ・ 心筋梗塞()

9. メガネまたはコンタクトレンズを普段ご使用になられていますか？

メガネ ない ・ ある ⇒ (遠見用 ・ 近見用 ・ 遠近両用 ・ () 作製時期:)

コンタクトレンズ ない ・ ある ⇒ (ソフト ・ ハード ・ 1day ・ 2w ・ 1M ・ カラー 使用状況: /週 時間/日)

10. 女性の方にうかがいます、2か所に○をつけてください。

◎妊娠していますか いいえ ・ はい (か月) ・可能性あり ◎現在授乳中ですか いいえ ・ はい

11. 来院のきっかけを教えてください。

自宅・勤務先が近い 友人・家族紹介 ホームページ 入口チラシ・看板 その他()