

# オルソケラトロジー問診票

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. 現在なにか眼に関して気になる症状がありますか？

ない・ある

2. 1で、あると答えた方へ。該当する項目に○をつけてください。

両眼・右眼・左眼

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

その他 ( )

いつから ( )

3. 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 ⇒ (使用状況 : 作製時期 : )

コンタクトレンズ ない・ある ⇒ (頻度 : 毎日・週( )日・月( )日)

(種類 : ハード・ソフト ⇒ 1day・2w・使用期限のないもの・その他

4. 今まで眼の病気や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. 生活環境についてお聞きます。

車・バイクの運転 しない・する ⇒ ( ほぼ毎日・たまに )

就寝時間 不規則・規則的 ⇒ ( )時から( )時まで 約( )時間睡眠

6. 希望の見え方についてのイメージがあれば教えてください。(例:近くも見たい、運転メインなのでしっかり見たい等)

[ ]

7. 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: )

8. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことはありますか？

ある ⇒ (高血圧・糖尿病・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ その他: )

特にない

9. その他スタッフへ伝えたいことがあればご記入ください。

[ ]

10. 女性の方にうかがいます。妊娠中、または授乳中ですか？

いいえ・はい ⇒ 妊娠 ( )カ月・授乳中・妊娠の可能性あり

11. 来院のきっかけを教えてください。

玄関前チラシ 友人紹介 ホームページ 雑誌 前を通りがかった その他( )