

問 診 票



フリガナ	大正・昭和・平成・令和	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. 本日の症状についてお伺いします。

■症状があるのはどちらの眼ですか？ → (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼：特に右眼・特に左眼)

■いつ頃からですか？ → (日前 ・ か月前 ・ 年前) から

■どのような症状ですか？

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・涙が出る
メカニが出る・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・メガネを作りたい
学校検診にて再検査・他院から紹介・健康診断で()と言われた

その他 ()

2. 今まで眼の病気をしたことがありますか？

ない・ある → 白内障・緑内障・黄斑変性・網膜剥離・その他： _____

3. 今まで眼の手術をしたことがありますか？

ない・ある → 白内障・レーザー・レーシック・眼瞼下垂・二重瞼・その他： _____

いつ・どこで ()

4. 今までアレルギー・特異体質と言われたことや、お薬や注射で具合が悪くなったことはありますか？

ない・ある → 花粉症・鼻炎・アトピー・喘息・薬剤・その他： _____

5. 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)

ない・ある → 高血圧・高脂血症・糖尿病・前立腺肥大・心臓病・肝臓病・腎臓病・リウマチ

その他： _____

6. 現在、点眼薬、内服薬、サプリメントを使用していますか？ ※お薬手帳があればご提示ください。

■お薬 ない・ある → _____

スタッフ欄

■サプリメント ない・ある → _____

■自分の症状に合う眼のサプリメントがあれば → 知りたい・興味がない

7. 血縁関係の方の既往歴で当てはまるものはありますか？ () 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 ()

8. メガネまたはコンタクトレンズについて質問です。

■メガネ ない・ある → 遠くを見る用・近くを見る用・遠近両用 ()
作製時期 () ●本日、メガネをご持参ですか？ あり・なし

■コンタクトレンズ ない・ある → ハード・ソフト < 1day ・ 2w ・ 1M ・ カラー >

使用状況 1日に約 () 時間で、1週間のうち約 () 日間

9. 女性の方に伺います。

■妊娠 していない・可能性あり・している → () カ月

■授乳 していない・している

10. 来院のきっかけを教えてください。

自宅が近い・勤務先が近い・紹介 (家族・友人・他院 < >) ・インターネット
広告 (地下鉄看板・雑誌・チラシ・封筒・その他) ・その他 ()