

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	男性 ・ 女性
お名前		生年月日	大・昭・平 ( 歳) 年 月 日
住所	〒 -	電話番号 (携帯)	( ) ( )
		ご職業	

当院では検査・診察が迅速で正確に行われるように診察前に以下の質問事項にご記入いただいております。わかる範囲で該当する箇所に○印(複数可)または記入をお願いいたします。

1. 具合の悪いのはどちらの眼でしょうか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
2. 具体的にはどのような症状でしょうか？  
よく見えない かすむ ぼやける 二重に見える ゆがんで見える 痛い はれている  
かゆい 充血している 目やにがでる 涙がでる ゴロゴロする 乾いた感じ まぶしい  
黒い点が見える 糸くずの様なものが見える 疲れる コンタクトレンズを作りたい  
メガネを作りたい その他( )
3. その症状はいつ頃からですか？  
今日から 昨日から ( ) 日前から ( ) 週前から ( ) ヶ月前から
4. 今まで眼の病気を指摘されたことはありますか？  
なし ・ あり ⇒ どのような病気でしたか？( )  
いつ頃ですか？( )
5. 今までに眼の手術を受けたことがありますか？  
なし ・ あり ⇒ どのような手術ですか？(白内障・緑内障・網膜はく離・レーシック・レーザー)
6. アレルギー性疾患の既往はありますか？  
なし ・ あり : アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 その他( )
7. 目薬、飲み薬、注射などで具合が悪くなったことはありますか？  
なし ・ あり ⇒ 具体的に薬名がわかりましたらお書きください( )
8. 今まで(現在)眼以外の病気にかかったことがありますか？  
なし ・ あり : 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓疾患 リウマチ その他( )
9. 普段、メガネ・コンタクトレンズをお使いですか？  
使ったことはない 以前使っていた 使っている  
メガネ ・ コンタクトレンズ : ハード ソフト 1ヶ月交換 2週間交換 ワンデー カラコン
10. 女性の方にうかがいます。  
現在妊娠されていますか？ いいえ ・ はい( ヶ月) ・ 可能性あり  
現在授乳中ですか？ いいえ ・ はい
11. 当院のことは何でお知りになりましたか？  
知人(紹介)・看板・ホームページ・スマートフォン・電話帳・館内案内・新聞折込・ポストイン(チラシ)  
その他( )