

# 問 診 票

年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女
お名前		生年月日	大・昭・平・令 ( 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）またはご記入をお願いいたします。

① 今日はどうされましたか？

- |            |     |  |
|------------|-----|--|
| 診察         | →   | ②以降にお答え下さい。                              |
| メガネ処方      | } → | 何か気になる症状のある方は②以降に、<br>症状のない方は⑤以降にお答え下さい。 |
| コンタクトレンズ処方 |     |  |

② 具体的にはどのような症状ですか？

- |        |        |                  |        |         |        |
|--------|--------|------------------|--------|---------|--------|
| 見にくい   | 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    | 赤い               | 目ヤニが出る | 涙が出る    | ゴロゴロする |
| 乾く     | まぶしい   | 黒い点や糸くずの様なものが見える | 疲れる    |         |        |
| 目をぶつけた | 異物が入った | その他 ( )          |        |         |        |

③ 具合の悪いのはどちらの眼ですか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

④ 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

⑤ 今まで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？( )

⑥ 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)

⑦ 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( )

⑧ 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下さい( )

⑨ 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( )

⑩ 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 1ヶ月交換 2週間交換 ワンデー カラコン ソフト

⑪ 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

⑫ 当院のことは何でお知りになりましたか？

知人(紹介) 館内案内 ホームページ(検索) 電話帳 郵便局広告 コンタクト店の紹介 眼鏡店の紹介  
救急センターの紹介 その他 ( )