

問診票です。ご記入よろしく申し上げます。

(可能な範囲で結構です)

(フリガナ)	
お名前	男 ・ 女 ご職業
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日 (歳)
〒	—
ご住所	電話番号 携帯番号

1. 今日受診された症状に○をつけてください ☆コンタクト使用 (なし・ハード・ソフト)

1: 物が見えにくい	2: 目がかゆい	3: 目が赤い	4: 目やにがでる	5: 目が痛い
6: 涙がでる	7: 目の検診	8: めがねを作りたい	(別紙もご記入下さい)	
9: コンタクトレンズを作りたい	(別紙もご記入下さい)			
10: その他 (_____)				

2. 上記の症状はいつ頃からありますか？またどちらの目ですか？

(_____ 日前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から) (右目 ・ 左目 ・ 両目)

(急にひどくなった ・ だんだんひどくなった ・ 同じ ・ よくなってきている)

3. 上記の症状に関してほかの病院の診察を受けられましたか？ (いいえ ・ はい)

そのとき処方されたお薬がありますか？あるいは市販薬を使っておられますか？

(お薬名 : _____)

4. コンタクトレンズを普段使用されていますか？ (いいえ ・ はい (ハード・ソフト))

5. 今日車またはバイクを運転する予定はありますか？ (いいえ ・ はい)

6. 今までに目の病気をされたことがありますか？ (いいえ ・ はい)

(右目 ・ 左目 ・ 両目) (病名 : _____) 現在治療を (していない ・ している)

7. 今までに目の手術されたことはありますか？（ いいえ・はい ）

（ 右目・左目・両目 ）（ いつ：_____病名：_____病院名：_____ ）

8. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

（ いいえ・はい ）（ 病名：_____ ）

9. 現在めがねを使用していますか？ 本日めがねを持参して（ いない・いる ）

（ いいえ・はい ）（ 近くを見る用（老眼鏡）・遠くを見る用・遠近両用・パソコン用 ）

10. 今までにかかったことのある病気がありますか？

★糖尿病手帳をお持ちの方は、受付にお渡し下さい

特になし

糖尿病 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

肝臓疾患 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

腎臓病 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

高血圧 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

喘息 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

心臓病 （ なし・あり ）（ 現在治療を行っている いいえ・はい _____ ）

その他 （ _____ ）

11. 今までに薬や食べ物、植物等でアレルギーを起こしたことがありますか？

（ いいえ・はい ）（ アレルギー名_____ ）

10. 女性の方のみ、お答え下さい 現在、妊娠又は授乳をしていますか？（ いいえ・はい ）

11. ご家族の当院受診歴がありますか？

（ いいえ・はい ）（ お名前：_____続柄：_____ ）

どうもありがとうございました。

