

## 〈問診票〉

ふりがな

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日



ご住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

①どのような眼の症状ですか？

[ 右眼・左眼・両眼 ] が (いつから?) \_\_\_\_\_ から  
当てはまるものに印をつけてください。

- |  |                                  |                                       |
|--|----------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かすんで見える               | <input type="checkbox"/> 目やに     | <input type="checkbox"/> できものができた     |
| <input type="checkbox"/> まぶしい                  | <input type="checkbox"/> かゆい     | <input type="checkbox"/> 痛い           |
| <input type="checkbox"/> 物が二つに見える              | <input type="checkbox"/> はれた     | <input type="checkbox"/> 目にゴミが入った     |
| <input type="checkbox"/> 充血                    | <input type="checkbox"/> 涙が出る    | <input type="checkbox"/> 目の中に何かが飛んでいる |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい                 | <input type="checkbox"/> 眼鏡を作りたい | <input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい   |
| <input type="checkbox"/> 検診・人間ドックの結果、受診をすすめられた | <input type="checkbox"/> 疲れる     |                                       |
- その他( \_\_\_\_\_ )

②眼鏡・コンタクトレンズ作成希望の方

※今回希望の眼鏡は何ですか？  遠方用  近方用  遠近両用

※今回希望のコンタクトレンズの種類は何ですか？

ハード  ソフト(使い捨てでない)  ソフト(使い捨て)  相談して決めたい

③全身的な病気はありますか？

なし・あり  心臓疾患  高血圧  腎臓疾患  高コレステロール

糖尿病  喘息  花粉症  アトピー

※糖尿病の方、最近の採血データを教えてください。HbA1c \_\_\_\_\_ %

④現在使用しているお薬はありますか？ なし・あり (薬名 \_\_\_\_\_ )

⑤アレルギー反応が出る、または使用禁止のお薬はありますか？ なし・あり (薬名 \_\_\_\_\_ )

⑥今まで眼科にかかられたことはありますか？

なし

あり いつ頃 \_\_\_\_\_ どのような症状で \_\_\_\_\_

⑦今までに眼の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

なし

あり 右・左 \_\_\_\_\_ どのような手術 ( \_\_\_\_\_ )

⑧女性の方、現在妊娠・授乳されていますか？

いいえ・はい (妊娠中 \_\_\_\_\_ カ月・授乳中)

⑨当院をどのようにお知りになりましたか？

ホームページ  ホームページ以外のインターネット  ポスティングチラシ  郵便局

電柱広告  道の看板  通りがかり  タウンページ  ぱど

知人・友人から聞いて( \_\_\_\_\_ )  他院紹介( \_\_\_\_\_ )

その他( \_\_\_\_\_ )