

# 《問診票》

フリガナ		男 女	[生年月日] 明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平
お名前			年 月 日 歳
住所	〒		
電話番号	※18歳以下の方は保護者の番号を記入して下さい 携帯番号		

①今日はどうされましたか？

- 目の具合が悪い
- 内科などから、または健康診断や人間ドックで受診を勧められた
- 眼鏡を作りたい     コンタクトレンズを作りたい
- その他

②目の具合が悪い方にお尋ねします。

- 1) 症状が出たのはいつ頃からですか？ \_\_\_\_\_
- 2) どちらの目ですか？     右目     左目     両目
- 3) どのような症状ですか？
- 赤い     目やにが出る     かゆい     痛い     ごろごろする     まぶたが腫れた
  - 乾く     涙が出る     視力低下     かすむ     疲れる     ゆがむ
  - 視野が欠けて見える     物が2つに見える     黒いものが飛んで見える
  - 目を打撲した(具体的に \_\_\_\_\_)
  - その他 \_\_\_\_\_

③コンタクトレンズを使用の方にお尋ねします。

- 1)コンタクトレンズの使用歴は？ \_\_\_\_\_
- 2)週の使用日数は？ \_\_\_\_\_ 日間/週    3)装用時間は？ \_\_\_\_\_ 時間/日
- 4)現在使用中のコンタクトレンズは？
- ハード     ソフト    (レンズ名: \_\_\_\_\_)

④以前、眼科受診されていた病医院名をお書き下さい。

\_\_\_\_\_

⑤今までに目の病気や手術・レーザー治療等の経験をされたことはありますか？

- ある    (病気の名前: \_\_\_\_\_)
- ない

その病気について手術・レーザー治療を行いましたか？

- はい     いいえ
- ⑥今までに下記の病気をされたことはありますか？
- 糖尿病     高血圧     心臓疾患     喘息     リウマチ     アトピー
- アレルギー(花粉症・食物・ダニ・ハウスダスト・動物・その他) ←該当するものに○して下さい

⑦使用禁止の薬(アレルギー症状が出るなど)はありますか？

- ある    (薬の名前: \_\_\_\_\_)
- ない

⑧女性の方にお尋ねします。

- 現在、妊娠中ですか？     はい     いいえ
- 現在、授乳中ですか？     はい     いいえ

⑨今日は何を見て来院されましたか？

- 知人・家族からの紹介     ホームページ     看板     チラシ
- その他 \_\_\_\_\_