

# 問 診 票

ご記入日： 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	大正・昭和・平成・令和			
お名前		男・女		年 月 日生 歳			
ご住所	〒		電話番号	自宅 ( )	-	携帯 ( )	-

- 本日車の運転の予定はありますか？ なし ・ あり
- 具合が悪いのはどちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
- 本日どうなさいましたか？
  - ・ 見えない ・ かすむ ・ まぶしい ・ 二重に見える ・ 蚊のようなものが見える
  - ・ 目やにが出る ・ かゆい ・ 痛む ・ ゴロゴロする ・ 赤い ・ 乾く ・ 涙が出る
  - ・ 奥が痛む ・ まぶたが腫れている ・ 逆まつげ
  - ・ (人間ドック・学校) で ( ) と指摘された
  - ・ 紹介状を持参したのでそれを見てほしい ・ その他： \_\_\_\_\_
  - ・ 眼鏡を作りたい
  - ・ コンタクトレンズを作りたい
  - ソフト (1日使い捨てタイプ・2週間使い捨てタイプ・普通のタイプ) ・ ハード
- いつからですか？
 

今日・昨日・ 月 日・ ( 日 週間 月 年)前から
- 現在、眼科の疾患で治療中ですか？ いいえ ・ はい

はい→ (病院名 )

ドライアイ 白内障 網膜疾患 緑内障 斜視・弱視 その他： \_\_\_\_\_
- 今までに眼の手術を受けられた事はございますか？ いいえ ・ はい

白内障手術 緑内障手術 網膜手術 レーシック その他： \_\_\_\_\_
- 眼科以外に他の全身疾患はございますか？
 

糖尿病 (薬なし・内服・インスリン) 高血圧 アトピー 気管支炎 花粉症

人工透析 脳梗塞 心筋梗塞 前立腺肥大 その他： \_\_\_\_\_
- 眼鏡、コンタクトレンズを使用されておりますか？
 

眼鏡 なし ・ あり

コンタクトレンズ なし ・ 本日装用中 ・ 本日は装用していない

お使いの種類：ソフト (1日使い捨て・2週間使い捨て・普通のソフト) ハード

お使いのメーカー： \_\_\_\_\_ レンズ名： \_\_\_\_\_
- 薬剤、造影剤、食べ物などにアレルギーはございますか？
 

なし ・ あり ( )
- 女性の方にお伺いします。 妊娠中 ・ 授乳中 ・ どちらでもない
- 当院をお知りになったきっかけを教えてくださいませんか？
  1. 知人や友人に聞いて
  2. ホームページを見て
  3. 近くにあるから
  4. 新聞・雑誌に広告をみて
  5. 看板をみて
  6. 他院からの紹介
  7. その他