

No. _____

問診票

お名前： _____ (フリガナ： _____) 性別： 男 女

生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 お電話番号： (_____) _____

ご住所： (〒 _____) _____

★ 本日コンタクトレンズを装用されていますか？ はい いいえ
本日眼鏡はお持ちですか？ はい いいえ

1. いつからどちらの眼にどのような症状がありますか？ あてはまる項目にチェックを御願ひ致します。

いつから _____ 右眼 左眼 両眼

目が赤い 目が痛い 涙が出る 目がかゆい 眩しい 物が二重に見える
見えにくい・かすむ 疲れる 目にゴミが入った 目やにが出る 目がかわく
白目が腫れている 瞼が腫れている できものがある 歪んで見える 目をぶつけた
何かが飛んで見える 他院より受診を勧められた 検診、ドッグで受診を勧められた 紹介状持参あり
その他 _____

2. 症状が出始めてから変化はありますか？
悪化している 変化なし よくなっている わからない

3. 眼鏡・コンタクトレンズ作成希望の方は下記より該当するものにチェックを御願ひ致します。
眼鏡・コンタクトレンズ 眼鏡 コンタクトレンズ 希望なし

4. 以前眼科を受診されたことはありますか？
また現在、通院中の眼科はありますか？使用中的なお薬があれば記載を御願ひ致します。

あり (どちらの眼科ですか？ _____) なし
いつ頃から受診していますか？ _____ 最終受診はいつ頃ですか？ _____ (お薬名： _____)

病名あるいは症状は？ _____

5. 過去に眼の手術やレーザー治療を受けたことはありますか？ あり なし

■いつ頃ですか？ _____ ■どちらの眼科ですか？ _____

■どのような手術または何のレーザー治療でしたか？ _____

6. 現在眼科以外に治療中の病気はありますか？ 下記より該当するもの全てにチェックを御願ひ致します。
糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 花粉症 アトピー性皮膚炎

その他 _____

7. お薬のアレルギーはありますか？ あり (お薬名： _____) なし

8. 現在妊娠の可能性はありますか？ あり なし ご協力ありがとうございました。