

ID	S	A
----	---	---

# 問診票

お手数ですが、ご記入ください。

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

○初診時眼の状態を調べるため、視力検査をさせていただくことがあります。

1.本日はどういったことで受診されましたか？○で囲んでください。

①眼鏡希望      ②コンタクト希望      ③区の健診

④目が痛い      ⑤目がかゆい      ⑥充血する      ⑦腫れている      ⑧目やにが出る

⑨涙が止まらない      ⑩目が乾く      ⑪目が疲れる      ⑫目がかすむ      ⑬虫が飛ぶ

⑭具体的にお書きください。( )

2.症状が出たのはいつ頃ですか？( ) 頃から

3.症状があるのはどちらの目ですか？○で囲んでください。(右目 左目 両目)

4.コンタクトはしていますか？(はい いいえ)

ハード      ソフト (1日使い捨て      2週間使い捨て      1か月使い捨て)

5.眼科で手術を受けられたことはありますか？(はい いいえ)

いつ頃 ( ) 頃)

病名 (白内障      緑内障      網膜剥離      その他 ( ) )

6.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？(はい いいえ)

目薬      飲み薬      注射      食べ物 ( )

7.現在、治療中の病気はありますか？(はい いいえ)

糖尿病      高血圧症      ぜんそく      心臓病      肝臓病      腎臓病      その他 ( )

8.現在使用している薬はありますか？ 有(薬品名 ) 無

9.ご家族で眼の病気の方はいらっしゃいますか？(白内障、緑内障、糖尿病網膜症、いない)

10.女性の方のみお答えください

妊娠の可能性はありますか？(はい いいえ) 現在授乳中ですか？(はい いいえ)

11.ご来院のきっかけをお聞かせください。

ダイレクトメール      インターネット      知人から紹介      通りすがり      その他 ( )

ご記入ありがとうございました。