

《 問 診 票 》

記入日：____年____月____日

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 (歳)	
住所	〒	電話	自宅	
ご職業			携帯	

○本日は、自家用車（自分で運転・同乗）・バイク・自転車・徒歩・バス・電車で来た。

1. 本日はどうなさいましたか？

○どのような症状ですか？あてはまる症状の□に✓をつけてください。特に気になる症状には○をしてください。

- 見えにくい かすむ 遠くが見づらい 近くが見づらい 部分的に見づらい
- 歪んで見える 涙がでる まぶしい 瞼の痙攣 まぶたが腫れた 黒目が白い
- 何か入った ぶつけた 眼が痛い 眼がかわく 眼がつかれる ごろごろする
- 眼がかゆい 眼が赤い めやにが多い ごみのようなものが飛んで見える
- ものが二重に見える 逆さまつ毛
- 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい 眼底検査希望
- 学校・3歳時検診後、眼科受診指示 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示
- 健康診断後、視神経乳頭陥凹拡大を指摘 健康診断後、その他(_____)
- その他 具体的にお書きください(_____)

○いつからですか？ _____

○どちらの眼ですか？（右眼・左眼・両眼）

2. 今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか？

- 何も使用していない 眼鏡を使用している(遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用)
- コンタクトレンズを使用している(ソフト ハード 使い捨てレンズ)

3. 今までに目の病気にかかったことや治療・手術を受けたことはありますか？

いいえ はい _____年____月頃 病名(_____)

4. 過去や現在かかっている病気はありますか？

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー 胃・十二指腸潰瘍
 - その他(_____)
- ◆現在使用中の薬はありますか？ 薬剤名 _____

5. お薬のアレルギーはありますか？

いいえ はい (薬剤名 _____)

6. 女性の方へ

妊娠していますか？ いいえ はい (妊娠____ヶ月) 可能性あり 授乳中

7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族の紹介 他院の紹介(_____)
- 看板 電話帳 家が近い インターネット検索 学校・保育園・幼稚園の紹介
- コンタクト店の紹介 メガネ店の紹介 薬局の紹介 その他(_____)

御協力ありがとうございました