



No. \_\_\_\_\_

## 問診票

ふりがな お名前	男女	大正 昭和 平成	生年月日	年	月	日生 ( ) 歳
現住所 (〒 - )	自宅電話番号 : ( ) -					
	携帯番号 : ( ) -					
職業 ( )						

## 1. 本日の眼の症状を教えてください。

①どちらの眼ですか? ⇒  右眼  左眼  両眼

②その症状は? (当てはまるものすべてにチェックをつけてください)

- 眼が赤い (充血する)       メヤニが出る       眼がかゆい       眼が痛い  
 眼がかすむ       ゴロゴロする       涙が出る       眼がかわく  
 眼が腫れた       眼が見えなくなった (  急に       徐々に )  
 眼にゴミが入った (  鉄粉  洗剤  植物  その他 : \_\_\_\_\_ )  
 ゆがんで見える       見える範囲が狭い気がする       ものが二重に見える  
 なにか飛んでいるように見える       他院より受診をすすめられた  
 メガネをつくりたい       コンタクトをつくりたい  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

③その症状はいつからですか? \_\_\_\_\_ から

2. 今までに眼の病気をされたことがありますか? ⇒  ある  ない

■いつ頃ですか? \_\_\_\_\_

■病名あるいは症状は? ( \_\_\_\_\_ )

■現在、当院以外に通院中の眼科はありますか?

 ある 眼科名 : ( \_\_\_\_\_ )  ない■現在、使用中の目薬はありますか? ⇒  ある  ない

目薬の名前 \_\_\_\_\_

3. 現在、コンタクトレンズを使用されていますか? ⇒  ある  ない■当院でコンタクトレンズを作成したことがありますか? ⇒  ある  ない

4. 現在治療中の病気はありますか? (当てはまるものすべてにチェックをつけてください)

- 糖尿病       高血圧       心臓病       喘息       花粉症       ない  
 その他 ( \_\_\_\_\_ )

5. お薬のアレルギーはありますか? ⇒  ある  ない

お薬の名前 \_\_\_\_\_

6. 現在、妊娠の可能性はありますか? ⇒  ある  ない

ご協力ありがとうございました。