

# 問 診 票

ふりがな \_\_\_\_\_

<生年月日>

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 ( 歳 ) 明・大・昭・平・令 年 月 日

〒 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

次の項目に○又は記入をお願いします。

1. 今日はどうされましたか

いつ頃から [ \_\_\_\_\_ ] 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が、  
・見えにくい ・かゆい ・充血 ・目やに ・痛い ・まぶしい  
・乾く ・涙が出る ・コロコロする ・目が疲れる ・虫がとんで見える  
・ゆがんで見える ・二重に見える ・眼鏡処方 ・コンタクト希望 ・検診希望  
その他 [ \_\_\_\_\_ ]

2. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか ( はい ・ いいえ )

いつ頃 : [ \_\_\_\_\_ ] 病院名 : [ \_\_\_\_\_ ]  
どのような病気(手術) : [ \_\_\_\_\_ ]

3. 現在、目薬を使用していますか ( はい ・ いいえ )

どのような目薬 : 緑内障 ・ 白内障 ・ ドライアイ ・ 結膜炎 その他 : [ \_\_\_\_\_ ]  
目薬の名前がわかればご記入下さい : [ \_\_\_\_\_ ]

4. メガネ又はコンタクトレンズを使用していますか ( はい ・ いいえ )

メガネ 老眼鏡 使い捨て : ( 1day ・ 1week ・ 2week ・ 1month ) ハード  
いつ頃から [ \_\_\_\_\_ ] 使用頻度 ( 毎日 ・ 時々 )  
本日の使用 : ( 使用中 ・ 使用していない ・ 持参していない )

5. 現在かかっている病気はありますか ( はい ・ いいえ )

糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ てんかん ・ アトピー  
その他 : [ \_\_\_\_\_ ]

6. 現在、何か飲み薬は飲んでありますか ( はい ・ いいえ )

お薬の名前がわかればご記入下さい : [ \_\_\_\_\_ ]

7. 今まで薬や食べ物、その他でアレルギーはありましたか ( はい ・ いいえ )

具体的にご記入下さい : [ \_\_\_\_\_ ]

8. 女性の方で該当する方はご記入下さい ( 妊娠中 ・ 授乳中 )

9. 今日このあと車・バイク・自転車の運転の予定はありますか ( はい ・ いいえ )