

問診票

フリガナ お名前		生年 月日	昭和 平成 令和	年 月 日	職業	
住所	〒				電話	

①ご来院の目的に○を付けて下さい。

- ・眼の診察ご希望 ・コンタクトレンズ処方 ・眼鏡処方

②症状がある方が当てはまるものに○を付けてください。

- (両目 ・ 右目 ・ 左目)
・ 見えにくい ・ 痛い ・ ゴロゴロ ・ 充血 ・ 目ヤニ ・ かゆみ
・ 涙 ・ 腫れ ・ 疲れ ・ 乾き ・ まぶしい ・ 黒いものが見える
・ その他()
→いつ頃からですか？ ()から

③コンタクトレンズは使用しておられますか？（現在・過去使用歴）

- ・ いいえ→(眼鏡のみ ・ 何も使用していない ・ 過去に使っていた→()年前)
・ はい →種類は？ (1Day ・ 2Week ・ 1Month ・ ハードコンタクト ・ その他)
→使用頻度は？ (毎日 ・ 週()日 ・ 必要時のみ)
→今はCLをつけておられますか？ (装用中 ・ 裸眼)

④コンタクトレンズ・眼鏡処方ご希望の方におうかがいします。

当院では40歳以上の方を対象に緑内障検査(視神経診断)をおすすめしています。
(緑内障の方は40歳以上の20人に1人と言われており、一般的には自覚症状がほとんどありません)

- ・ 希望しない ・ 希望する ※検査時間は5分程です。

⑤今まで眼の病気にかかった、または手術した事がありますか？(レーシック・ICL含む)

- ・ いいえ ・ はい → どのような病気・手術ですか？()
→ 現在そのご病気で眼科に通院しておられますか？(はい・いいえ)

⑥現在治療中の病気はありますか？

- ・ いいえ ・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ その他()

⑦今まで薬や注射で具合が悪くなった事(薬のアレルギーなど)はありますか？

- ・ いいえ ・ はい → どのようなお薬ですか？()

⑧妊娠中/授乳中・アレルギー等についておうかがいします。

- ・ 妊娠中(週) ・ 授乳中 / ・ 花粉症 ・ アルコール ・ アトピー
・ その他アレルギー()

⑨当院はどのようにお知りになりましたか？

- ・ 館内看板 ・ NET(ホームページ等) ・ 家族/知人の紹介 ・ 医療機関の紹介
・ コンタクト店の紹介 ・ インフォメーション ・ 通りすがり ・ その他