

問 診 票

お手数ですがご記入お願い致します。

(ふりがな)			
お名前		男・女	
生年月日	大正・昭和・平成	年 月 日	電話番号
〒	—		携帯番号
ご住所			

1. 具合が悪いのはどちらの目ですか？
(右目・左目・両目) (_____ 日前から _____ ヶ月前から _____ 年前から)
2. どのような症状ですか？
かゆみ 充血 めやに 痛み 目が乾く 涙が出る ごろごろする チクチクする
見えにくい (遠く・近く) 二重に見える 目が疲れる 腫れている 目が重たい
目をぶつけた 虫や糸くずのようなものが見える 目の奥が痛む 物がゆがんで見える
視野の一部に見えにくいところがある 眼鏡処方希望 コンタクトレンズ処方希望
健診結果で要受診 (記載内容 _____) その他 (_____)
3. 現在治療中も含め、今までに目の病気にかかったことはありますか？ 【はい・いいえ】
(病名 _____)
4. 現在かかっている病気はありますか？【はい・いいえ】 (病名 _____)
5. 現在使用中のお薬はありますか？ (薬剤名 _____)
6. 今まで手術をされたことがありますか？【はい・いいえ】
(いつ頃 _____ 病名 _____ 病院名 _____)
7. 薬や食べ物でアレルギーはありますか？【はい・いいえ】
薬・食べ物の名前 (_____)
8. アレルギーが疑わしい場合、その原因を調べますか？【はい・いいえ・相談希望】
※その日のうちに主要8項目の検査結果がわかるアレルギー検査です。注射器を使わず、お子様でも可能です。
9. 眼鏡・またはコンタクトレンズを普段使用されていますか？【はい・いいえ】
はいとお答えいただいた方、該当する項目にチェックをし、種類は○で囲んでください。
眼鏡 (遠用・近用・遠近両用)
ソフトコンタクトレンズ (1日使い捨て・2週間交換・連続装用)
ハードコンタクトレンズ その他
10. 女性の方のみお答えください。
・現在妊娠中ですか？【はい (_____ ヶ月目)・いいえ】 ・授乳中ですか？【はい・いいえ】