

問 診 票

ふりがな _____

〈生年月日〉

お名前 _____ 男・女 (歳) 明・大・昭・平 年 月 日

住所 _____

電話番号 () - _____ 職業 _____

1. 今日は何が心配で来院されましたか？ 右目 ・ 左目 (○で囲んでください)
・ 目やに ・ 目が赤い ・ かゆい ・ 腫れ ・ 痛い ・ 涙が出る ・ 疲れる ・ かわく
・ ゴロゴロする ・ まぶたが重い ・ 視力低下 ・ ゆがんで見える ・ かすむ ・ しょぼしょぼする
・ ゴミが入った ・ 虫や糸くずが飛んでいる ・ 検診、病院、学校で受診をすすめられた
・ メガネを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい (ソフト・ハード・使い捨て)
その他 { _____ }
2. それはいつ頃からですか？ _____
3. 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)： { _____ }
4. 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：
{ _____ }
5. メガネを使用していますか (はい ・ いいえ)
6. コンタクトレンズを使用していますか (はい ・ いいえ)
使い捨て：(1day 2week 1month) その他(_____)
今装用している 持参している
7. 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 アトピー性皮膚炎 アレルギー性疾患
その他： { _____ }
8. 現在、何か飲み薬(サプリメントを含む)は飲んでいますか (はい ・ いいえ)
お薬の名前がわかればご記入下さい：{ _____ }
9. 今まで薬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： { _____ }
10. 女性の方で該当する方はご記入下さい (妊娠中 ・ 授乳中)
11. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか (はい ・ いいえ)
12. 当院をお知りになった理由をお聞かせください。
(駅看板・電話帳広告・紹介 知人・病院名 _____ ・その他 _____)