

問 診 票

(ふりがな)	生年月日：(明・大・昭・平)
お名前：	年 月 日 (満 歳)
〒 ご住所：	お電話番号：

1. 本日の眼の症状を教えてください。(○をつけて下さい)

①どちらの眼ですか？ ⇒ (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
②いつ頃からですか？ () から
③その症状は？ (当てはまるものすべてに○をつけて下さい)
<ul style="list-style-type: none"> ・ 眼が赤い(充血する) ・ メヤニが出る ・ 眼がかゆい ・ 眼が痛い ・ ゴロゴロする ・ 眼がかすむ ・ 涙が出る ・ まぶたが腫れている ・ ゆがんで見える ・ 眼が見えなくなった(急に・徐々に) ・ 何か飛んでいるように見える ・ 白内障が気になる ・ 緑内障が気になる ・ 検診で要検査だった ・ その他() ・ メガネをつくりたい ・ コンタクトをつくりたい (初めて作成 ・ 使用中：レンズ名)
<p style="text-align: center;">※使用中の方でデータ(カード、箱など)をお持ちの方は、受付にご提示ください。</p>

2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか？

<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> した⇒ (病院名：)

3. 目薬等の目に関するお薬を使用していますか？

<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している⇒ (薬名：)
--

4. 普段コンタクトレンズを使用していますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> している⇒ (ハード・ソフト・使い捨て)
--

5. 現在コンタクトレンズをつけていますか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
--

6. 本日メガネをお持ちですか？

<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
--

※裏面にも問診がございます

