

# 問 診 票

|                       |     |                |          |
|-----------------------|-----|----------------|----------|
| (ふりがな)                | 性別  | 生年月日：(明・大・昭・平) |          |
| お名前：                  | 男・女 | 年 月 日          | (満 歳)    |
| ご住所：〒 (      -      ) |     | 自宅：            | (      ) |
|                       |     | 携帯電話：          | (      ) |

## 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)

- ・ 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                                  )

※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。

## 2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか？

・ していない ・ 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？

・ していない ・ 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？

・ いいえ ・ 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？

・ いいえ ・ はい

## 6. 本日メガネをお持ちですか？

・ いいえ ・ はい

《↓裏面にも問診がございますのでご記入ください》

7. これまでに次のような病気を指摘されたことがありますか？  
当てはまるものすべてに○をつけて下さい。

|   |                            |          |         |
|---|----------------------------|----------|---------|
| ・ なし  | ・ 斜視                       | ・ 弱視     | ・ ドライアイ |
| ・ 結膜炎   | ・ 角膜炎                      | ・ 円錐角膜   | ・ 緑内障   |
| ・ 白内障   | ※手術をされた方は下記にご記入下さい。        |          |         |
| ① どちらの眼ですか？ ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )                            |                            |          |         |
| ② 手術をされたのはいつ頃ですか？ ( )                                   |                            |          |         |
| ③ どちらの病院で手術されましたか？ ( )                                  |                            |          |         |
| ・ 眼底出血  | ・ 中心性網膜症                   | ・ 糖尿病網膜症 |         |
| ・ 加齢黄斑変性  | ・ 網膜裂孔                     | ・ 網膜剥離   |         |
| ・ その他 ( )   |                            |          |         |
| ・ 高血圧   | ・ 糖尿病 (手帳をお持ちの方は受付に提示ください) |          |         |
| ・ 心筋梗塞  | ・ 狭心症                      | ・ 不整脈    | ・ 前立腺肥大 |
| ・ リウマチ  | ・ 腎臓疾患                     | ・ 喘息     | ・ 花粉症   |
| ・ その他 ( )   |                            |          |         |
| ※服薬中のお薬があれば下記にご記入ください。<br>(お薬手帳をお持ちの方は、記入せず受付にご提示ください。) |                            |          |         |
| ( )   |                            |          |         |

8. お薬や食べ物のアレルギーはありますか？

|      |            |
|------|------------|
| ・ ない | ・ ある ⇒ ( ) |
|------|------------|

9. 現在、妊娠中や授乳中のかたはお知らせ下さい。

|             |              |
|-------------|--------------|
| ・ 妊娠中 ( 週 ) | ・ 授乳中 ( ヶ月 ) |
|-------------|--------------|

ありがとうございました。