問診票

-		T								
	(ふりがな)	生年月日:(pa. 624	82/783				
	お名前:		年	月	日(満	歳)				
	Ŧ			お電話番	号 :					
	ご住所:									
		_								
· .	本日の眼の症状を教えて下さい。(○をつけて7	さい							
	①どちらの眼ですか? ⇒ (右	眼・左	限・ i	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 <u>○</u> ?	をつけて	<u>下さい</u>)						
	・ 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 ・ まん	ぶたが腫れ ^っ	ている	ゆが	がんで見えん	る				
	眼が見えなくなった(急に・	徐々に)	何か新	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					
	※ <i>使用中の方でデータ(カート</i>	ド、箱など)を	をお持ちの	方は、受	付にご提示く	くださし				
	上記のことで他の眼科を受診されま	ミしたか ?								
	・していない・した	た⇒(病院名	:)				
[目薬等の目に関するお薬を使用して	<i>ていますか?</i> ている⇒(薬	4 .	Ä)				
L	・していない・して	ている→(栄	10		1.0	,				
	普段コンタクトレンズを使用していますか?									
			ハード・	ソフト・	使い捨て)					
	現在コンタクトレンズをつけていま	きすか? ・	いいえ	•	はい					
	オロメガラなかはたできかっ	· (40)	いいえ	140	はい	_				
	本日メガネをお持ちですか?				はい も問診がご					

C 1	よよ かりい		チェックをつい	JCFC	v '0		
	なし	•	斜視	• 弱:	視	・ドラ	イアイ
9€	結膜炎	•	角膜炎	・円	錐角膜	・ 緑内	障
•	白内障	※手術	をされた方は	下記には	ご記入下さ	٤١١.	
		1) ك	ちらの眼です	か? (右眼·	左眼・	両眼)
		② 季	術をされたの	はいつは	頂ですか?	()
		ع 3	ちらの病院で	ぎ手術され	れましたか	ን)
•	眼底出血	'n	中心性網腫	莫症・	糖尿病絲	閥庭	
•	加齢黄斑	斑変性	• 網膜裂孔	2.■	網膜剥离	推	
•	高血圧	;	糖尿病(<u>手帳を</u>	とお持ちの	方は受付に	提示ください)	
	心筋梗塞	E • :	狭心症	· 不	整脈		
٠	リウマラ	F .	腎臓疾患	- 喘	息	・ 花粉症	
	その他	(V)
*		and the same of th	れば下記にごとお持ちの方に			こご提示くだ	<u>さい</u> 。)
							,
<i>(</i> [:	希望される	る眼の検査	はございます。	か?			
•	なし		・ 視力検査		· [限底検査	
dete	14.00 at 114.00	21.114	· ,_+,,_+	4.0	44.1	3 / 1 1	
_	で良へ初のない	0アレルギ	<i>ーはあります。</i> ・ ある ⇒	73 ? (<u> </u>
		占也經到	・ める	、 ら <i>サ</i> 下さ	<i>(</i>)		
+11	工、灯灯灯	ァドスれか	WINCHA COM	110 10	V 'A		
現1	妊娠中(周) ・ 授郛		ヶ月)		

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?