

問診票

(ふりがな)

お名前 _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ 携帯番号 _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

1.このたびはどういうことで来院されましたか？

- 1)かすんで見える 2)物がゆがんで見える 3)目が痛い 4)目が赤い 5)目がかゆい
6)目やにがでる 7)涙がでる 8)目の検診 9)めがね・コンタクトレンズを作りたい
10)その他()

2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(_____ 日前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から) (右目・左目・両方)

3.今日コンタクトレンズをいれていますか？ (はい・いいえ)

4. 今まで眼の病気や手術されたことはありますか？

(はい・いいえ) (いつ: _____ 病名: _____ 病医院名: _____)

5. 今までにかかったことのある病気がありますか？ (はい・いいえ)

(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他 _____)

6.今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

(はい・いいえ) (病医院名: _____)

7.今現在、服用されているお薬はありますか？

(はい・いいえ) (お薬名: _____)

8.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい・いいえ) (原因: _____)

9.血のつながったの中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい・いいえ) (病名: _____)

10.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？(はい・いいえ)

11. その他、気になることがございましたらご記入ください。

(_____)

