

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・令和	年	月 日
〒	-	携帯電話	
ご住所	電話番号		

- 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)目の健診 9)メガネ・コンタクトレンズを作りたい
10)その他 ()
- 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)
- 今日コンタクトレンズをいれていますか？ (はい ・ いいえ)
- 今まで目の病気や手術をされたことはありますか？
(はい・いいえ) (いつ： 病名： 病医院名：)
- 今までにかかったことのある病気はありますか？ (はい ・ いいえ)
(高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、その他)
- 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：)
- 今現在、服用されているお薬やサプリメントはありますか？
(はい・いいえ) (お薬、サプリメント名：)
※当院では、医療用アイケアサプリメントの取り扱いを行っています。ご関心はありますか？
(関心はある ・ 関心は無い ・ 自身の症状に関わるなら教えて欲しい)
- 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？
(はい・いいえ) (原因)
- 血のつながった方の中に目の病気をした方はいらっしゃいますか？
(はい・いいえ) (病名：)
- 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)
- その他、気になることがございましたらご記入ください。
()