

問診票

フリガナ			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月 日
性別	男 ・ 女		
現住所	〒 -		
電話	() -		
携帯電話	() -		
会社		ご職業	

書ける範囲で結構なので下記の質問にお答えください。該当する項目に○をしてください。

1. 本日はどのような症状でお困りですか。

- ・痛み ・充血 ・目ヤニ ・異物感 ・乾燥感 ・涙眼 ・かゆみ ・腫れている ・できものがある ・眼が開かない
- ・病気が心配(白内障・緑内障・黄斑変性など) ・検診で引っかかった
- ・糸の様な物がみえる ・光が見える ・視野が欠ける
- ・ゆがむ ・かすむ ・ぼやける ・遠くが見にくい ・近くが見にくい ・疲れる
- ・その他の症状()

2. いつ頃からですか。 ・今日 ・昨日 ・2~3 日前 ・1 週間前 ・その他 () 前から

3. どちらの眼ですか。 ・右眼 ・左眼 ・両眼

4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- ・緑内障 ・白内障 ・網膜剥離
- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・腎臓病 ・喘息 ・アトピー ・花粉症 ・鼻炎
- ・その他 ()

5. 現在使用しているお薬がある場合はご記入ください。

6. 薬や食べ物でアレルギー症状(発疹、気分不快など)を起こしたことがありますか。

- ・いいえ ・はい(薬剤名・食べ物名:)
- ・症状:

7. 女性の方へ 妊娠していますか?

- ・いいえ ・はい(週目)

8. 眼鏡、コンタクトレンズは使用しておりますか?

- ・いいえ ・はい⇒ (眼鏡 コンタクト 両方)

1) 見え方につきて ・良好 ・普通 ・悪い

2) コンタクト装用時間: 時間 ・必要時のみ

3) コンタクトの種類(・ハードコンタクト ・ワンデー ・2週間 ・1か月 ・カラーコンタクト)

4) コンタクトの装用感について ・良好 ・普通 ・悪い

9. 当院をどのようにお知りになりましたか? (複数回答可)

- インターネット 看板広告 チラシ 知り合いから () 家族から
- 自宅が近い 他院から () その他 ()

9. ご意見・ご希望がありましたらご記入ください。

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出ください。