

# 問診票

.....年 月 日.....

フリガナ	.....	生年月日	明・大・昭・平・令
お名前			年 月 日 才
ご住所	〒	性別	男 ・ 女
		電話	( )
		携帯番号	( )
メール			

- ①どうされましたか？（コンタクトレンズ処方の方もご記入下さい）  
 （ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）  
 痛い かゆい 乾く 充血 はれている 目ヤニが出る 涙がでる ゴロゴロする  
 違和感 疲れる ぶつけた 黒いものが見える 物が二重に見える 見えづらい（遠く・近く）  
 まぶしい 学校検診 人間ドック 検診希望 眼鏡の処方箋希望  
 コンタクトレンズの処方箋希望 その他（ )
- ②その症状は、いつ頃からですか？ ( )
- ③今までに眼の手術を受けたことはありますか？  
 いいえ はい ⇒ どのような手術ですか？（ 白内障・緑内障・網膜剥離・レーシック )  
 （ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ） その他（ )  
 いつ頃ですか？（ ) どちらの眼科ですか？（ )
- ④今までに眼の病気を指摘されたことは、ありますか？  
 特になし ある ⇒ 結膜炎・ドライアイ・白内障・緑内障・角膜炎・眼底出血・網膜剥離  
 網膜裂孔・糖尿病網膜症・黄班変性症・その他（ )
- ⑤現在かかっている眼科はありますか？  
 ない ある ⇒（ ) 眼科) 処方された薬（ )
- ⑥パソコンを使いますか？ いいえ はい ⇒ 1日（ ) 時間くらい使用
- ⑦今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？ 禁忌薬（ )  
 いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？（ )  
 どのような症状がでましたか？（ )
- ⑧今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？  
 糖尿病・高血圧・心臓病・ぜんそく・腎臓病・その他（ )
- ⑨現在飲んでいる薬はありますか？  
 いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？（ )
- ⑩通院していた(通院している) 病院名（ ) 通院間隔（ )
- ⑪女性の方に伺います  
 妊娠されてますか？ ⇒ いいえ はい（ ) ヶ月 授乳中ですか？ ⇒ いいえ はい
- ⑫当院までの交通手段は何ですか？  
 車(本人・家族) バイク バス 電車 徒歩 自転車
- ⑬この眼科をお知りになったきっかけに丸印をつけて下さい  
 紹介（ ) ・ ホームページ（ ) ・ 家に入っていたチラシ（ )  
 新聞折込（ ) ・ イオン内でもらったチラシ（ ) ・ 電話帳（ )  
 看板（ イオン内 街中 ) ・ その他（ )