

問診票

氏名 _____

下記のご質問にお答え下さい。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。

- ・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

- ・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
- ・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 ・アトピー
- ・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。

お薬：

6. 今までに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. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- ・いいえ ・はい ⇒ (眼鏡 _____ コンタクト _____ 両方 _____)

1) 見え方について ・良好 _____ ・普通 _____

2) メガネ作成年数 ・約 (_____) 年

3) コンタクト装用経験 ・約 (_____) 年 ・見えづらい _____

4) コンタクト装用時間 ・ _____ 時間 ・必要時のみ ・スポーツ時のみ

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

8. 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、受付までご提出下さい。

初診申込書

平成 年 月 日

フリガナ			
氏名			男女
生月 年日	明昭 大平	年 月 日	生 才
現住 所	〒		
	TEL	()	
	FAX	()	
会 社 名			職 種
	TEL	()	
	FAX	()	
世帯 主名			続 柄

