

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。

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. 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

ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年 月日	(明 ・ 大 ・ 昭 ・ 平) 年 月 日 (才)
電話番号	自宅	() -	
	携帯電話	() -	
	緊急連絡先	() -	
自宅住所	〒	都 ・ 道 ・ 府 ・ 県	
会社名	電話 : () -		