

問診票

フリガナ						
氏名						
生年月日	大正・昭和・平成・令和	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) 見え方について ・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. レーシック、ICL(眼内コンタクトレンズ)等の近視矯正手術既往はありますか?

- ・いいえ・はい⇒(レーシック ICL その他)

10. 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 知り合いから () 家族から ()
- 自宅が近い 当ビル勤務 他院から () その他 ()

11. 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。