

問 診 票

お手数ですが、ご記入お願いします。

フリガナ

お名前

男 ・ 女

生年月日 大正・昭和・平成・令和 年 月 日 (歳)

〒

ご住所

電話番号①

電話番号②

1、このたびはどういうことで来院されましたか？(複数回答可) ○で囲んでください。

物が見えにくい 目がかゆい 目が赤い 目やにが出る
目が痛い 涙がでる 黒いものが飛んで見える
物が当たった 目に異物が入った
糖尿病(眼の奥の検査) メガネを作りたい コンタクトレンズ[®]を作りたい(ハード・ソフト)
お仕事中(労災) 学校等(安全会) その他()

2 目の具合が悪いのはどちらですか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

3 上の症状はいつ頃からありますか？

(日前から、 ヶ月前から、 年前から)

4 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (病名: 眼科名:)

5 今までにかかったことのある病気はありますか？

高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息
その他()

6 今現在、使用されている点眼薬はありますか？

(はい ・ いいえ) (薬剤名:)

7 いま現在、かかりつけの病院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病医院名:)

8 今現在、服用されているお薬はありますか？

はい → 本日お薬手帳をご持参されている場合は、お手数ですがご提示ください。
お薬手帳をお持ちでない場合ご記入ください。
(薬剤名:)

いいえ

9 今までに手術をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (いつ: 病名: 病医院名:)

10 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (薬: 食べ物:)

11 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) (病名:)

12 女性の方のみ、お答えください。

現在妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) 分娩予定日(年 月 日)