

問診票

年 月 日

フリガナ _____ 大正・昭和 _____
 氏名 (男・女) 平成・令和 年 月 日生
 〒 _____
 住所 _____
 電話番号: 自宅 () - _____
 連絡先 () - _____

1. 症状があるのはどちらの眼ですか? ・右眼 ・左眼 ・両眼
 2. 症状がでたのはいつ頃からですか? _____ から
 3. 症状に○をお付けください。(主症状に◎をお付け下さい)

- | | |
|-----------------------|-----------|
| ・遠くが見にくい | ・充血 |
| ・手元(近く)が見にくい | ・目やにが出る |
| ・ゆがんで見える | ・涙が出る |
| ・物が二つに見える | ・眼がかゆい |
| ・まぶしい | ・眼が痛い |
| ・視野が欠ける、狭くなる | ・眼が腫れている |
| ・眼の中に何か飛んでいる | ・できものがある |
| ・目が疲れる | ・眼をぶつけた |
| ・目が乾く | ・目にゴミが入った |
| ・検診、人間ドックの結果受診をすすめられた | |
| ・学校健診の結果受診をすすめられた | |
| ・その他 _____ | |

4. 症状が出てから悪化していますか?
 ・悪化している ・変わらない ・回復している ・よくわからない
5. その他希望がありましたら○をお付け下さい。
 (*ただし、病状によってはご希望に添えない場合もあります。)
- | | | |
|---------|-------------|---------|
| ・眼鏡希望 | ・コンタクトレンズ希望 | ・視野検査希望 |
| ・視力検査希望 | ・眼圧測定希望 | |

6. 眼鏡は使用されていますか? ・有 ・無
 *眼鏡の種類は何ですか?
 ・遠方用 ・老眼鏡 ・遠近両用

7. コンタクトレンズを使用されていますか? ・有 ・無
 *コンタクトレンズの種類は何ですか?
 ・ハード ・従来型ソフト ・定期交換レンズ ・使い捨てレンズ(一日)

8. 眼科にかかられたことはありますか? ・有 ・無
 いつ頃、どのような症状でかかられましたか?
 また、さしつかえなければ眼科名もお書き下さい。
 いつ頃 眼科名 どのような

- *今までに眼の手術やレーザー治療を受けられたことは _____
 ありますか? ・有 ・無

9. アレルギーはありますか? ・有 ・無
 ・食べ物 _____ アレルギー
 ・薬・注射など _____ アレルギー
 ・花粉症 _____ アレルギー

10. 現在治療中の病気はありますか? ・特になし
 ・糖尿病 ・高血圧 ・動脈硬化 ・心臓疾患()
 ・喘息 ・アトピー ・膠原病
 ・その他 _____
 *どこに通院されていますか? _____

11. 妊娠の可能性はありますか? ・有 ・無
 12. 授乳中ですか? ・はい ・いいえ
 13. 当院をどうしてお知りになりましたか?
 ・通りがかり ・電話帳 ・インターネット ・ホームページ
 ・その他 _____