

問 診 票

ふりがな

お名前 _____ 男・女

生年月日 _____ 昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

ご住所 〒 _____

電話番号 _____ ご自宅 _____ 携帯 _____

①症状があるのはどちらの眼ですか？症状が出たのはいつ頃からですか？

右眼 左眼 両眼 (いつ頃から： _____)

②症状や来院の理由を選んでください。

見えにくい かすむ まぶしい ごろごろ 痛い
 目やにが多い かゆい 赤い 異物が入った ぶつけた
 乾く 涙っぽい 腫れ できもの 虫が飛んで見える
 学校健診で視力低下を指摘された 人間ドック等の結果、眼科受診を勧められた
 メガネ処方希望 白内障手術希望 薬が無くなった
 その他 (_____)

③過去に眼の病気や異常を指摘されたり、投薬や手術(レーザーを含む)を受けたことがありますか？

ない
 ある ⇒ 病名 白内障、アレルギー性結膜炎・花粉症、ドライアイ、近視・乱視等の屈折異常
緑内障、糖尿病網膜症、加齢黄斑変性、網膜裂孔、網膜剥離、ぶどう膜炎
その他(_____)
いつ頃(_____) 病院名(_____)
治療内容など(_____)

④現在または今までにかかった病気はありますか？

ない ある ⇒ がん、糖尿病、高血圧、心臓病、腎臓病、喘息、アトピー、花粉症、高脂血症
前立腺肥大、脳神経の病気、骨粗鬆症、肝機能障害、その他(_____)

⑤アレルギー反応が出る薬はありますか？

ない ある ⇒ 薬品(_____)

⑥普段コンタクトレンズを使用していますか？ いいえ はい

※「はい」の方は以下の質問にもお答え下さい。

種類 ソフトコンタクトレンズ ハードコンタクトレンズ (今までの使用歴 _____ 年)
 1day 2week 1ヶ月 1年

本日はコンタクトレンズを装用していますか？ いいえ はい

⑦本日はご自身で車やバイクを運転してきましたか？ いいえ はい

⑧女性のみ 現在妊娠中ですか？(妊娠の可能性を含む) いいえ はい (_____ カ月)
または授乳中ですか？ いいえ はい