

問 診 表

ふりがな

お名前 _____ 男・女

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

ご住所 〒 _____

電話番号自宅 _____ 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 ごろごろする 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

その他 (_____)

③ これまでに他の眼科で眼の病気を指摘されたことがありますか？

ない ある⇒病名 白内障、緑内障、糖尿病網膜症、その他 (_____)

④ 今までに、眼科で手術やレーザー治療を受けたことがありますか？

ない ある⇒どちらの眼ですか (右眼、左眼、両眼)

病名 白内障、緑内障、糖尿病網膜症、その他 (_____)

いつ頃 (_____) 病院名 (_____)

⑤ 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、高コレステロール血症

前立腺肥大、脳神経の病気、骨粗鬆症、肝機能障害、その他 (_____)

⑥ アレルギー反応が出る薬はありますか

ない ある⇒薬品 (_____)

⑦ 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)

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

⑧ 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

⑨ 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 (_____ ヶ月)