

# 問 診 票

日付 令和 年 月 日

(フリガナ)		生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日
お名前			平成 令和			
		性別	男性	女性	( 歳)	
ご住所	(〒 - )	電話番号 ( )				
		屋号(ある方、よろしければ)				

(1) 以前当院にかかれたことがありますか？(昔の記録が残っているかどうか確認しています)

いいえ                      はい

(2) どうなさいましたか？(○で囲んでください)

目が痛い	( 遠く・近く )が見にくい	かすむ
目が赤い	黒いものが飛んで見える	目が疲れる
メヤニが出る	涙が出る	眼鏡を作りたい
ごろごろする	まぶたの( 腫れ・痛み )	コンタクトレンズを作りたい
目がかゆい	目が乾く	学校検診で指摘を受けた
その他( )		

(3) どちらの目ですか？(○で囲んでください)

右眼                      左眼

(4) いつ頃からですか？

( )から

(5) 今までに目の病気をされたことはありますか？

特になし                      ある( 病名 )

●『ある』とお答えいただいた方のみ

手術はされましたか？    いいえ    はい( 年 月頃)

(6) 今まで(現在)、目以外の病気をされたことはありますか？

特になし                      ある( 高血圧・糖尿病・心臓病・ぜん息・その他 )

(7) 何かアレルギーはありますか？(薬剤・花粉症・食べ物を含む)

特になし                      ある( )

(8) 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか？

いいえ                      はい( 眼鏡 , コンタクトレンズ )

(9) 当院を何でお知りになりましたか？

知人の紹介・駅の看板・インターネット・電話帳・その他( )

(10) 女性にお伺いします。(投薬のための質問です)

現在、妊娠している可能性はありますか？【 はい・いいえ・不明・授乳中 】