問　診　票

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年　月　日
名前	男・女	電話番号	
住所	〒　－		

1．本日はどうなさいましたか？

いつ（　　）から　（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）

□充血　□かゆみ　□めやに　□痛み　□ゴロゴロする　□腫れ　□乾燥　□なみだ目

□疲れ目　□見えづらい・かすむ　□まぶしい　□黒い物が見える

□アレルギー症状（花粉症）□その他（　　）

□検診・紹介にて受診するように言われた

□★眼鏡処方箋希望：手持ち　あり（ 遠用・　近用・　遠近両用・　その他 ）　なし

□★コンタクト作成希望：ハード・ソフト1日・ 2週間・1カ月/コンタクト経験は？（ 初めて・経験あり）

□★本日コンタクトを装用していますか？（　はい　・　いいえ　）

□眼以外の症状（　　）※頭痛など

2．今までに眼の病気にかかった事はありますか？（ ある ・ ない ）

□ 緑内障　□ 白内障　□ 網膜剥離　□ 糖尿病網膜症　□ 眼底出血

□その他（　　）

ある場合、レーザー治療や手術を受けた事がありますか？（はい・いいえ）

3．今までにかかった眼以外の病気はありますか？（ ある ・ ない ）

□ 糖尿病（HbA1c　　%）□ 高血圧 □ 心臓病 □ 腎臓病 □ 肝臓病 □ 膠原病

□脳梗塞□脳出血□ ぜんそく□ アトピー□その他（　　）

4．アレルギーや薬・注射で具合が悪くなったことはありますか？（ ある ・ ない ）

薬・注射　（　　）

5．現在使用中の薬はありますか？（ ある ・ ない ）　お薬手帳（ ある ・ ない ）

点眼薬（　　）

内服薬（　　）□ インスリン注射

6．生活状況についてお答えください（複数回答可）

□ストレスあり　□睡眠不足　□妊娠中（　　週）

パソコンや携帯端末などの使用時間（　　時間/日）

読書・テレビの視聴やテレビゲーム使用時間（　　時間/日）

7．当院のことは何でお知りになりましたか？

□ホームページ　□スマートフォン　□駅看板　□回覧板の広告　□バスのアナウンス

□近所なので　□家族・知人の紹介　□他院からの紹介　□その他（　　）