

# 問 診 票

〒 _____ 市 _____	区 _____ 町村 _____
フリガナ _____	TEL ( _____ )
お名前 _____ 男・女 _____	携帯 ( _____ )
	生年月日 _____ 大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生

- (1) 今、眼のことで気になる症状はありますか？
- はい
- 涙が出る
 眼が乾く
 異物感がある
 眼が疲れる
- めやにが出る
 眼がかゆい
 かすむ
 眼が赤い
- 眼が痛い
 眼が腫れている
 視力低下
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- いいえ
- (2) 現在治療中もしくは指摘された眼の病気はありますか？
- はい ( 治療中・指摘された )
- 緑内障 (疑いも含む)
 白内障
 花粉症
 アレルギー性結膜炎
 その他 ( \_\_\_\_\_ )
- いいえ
- (3) 現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？  はい  いいえ
- 糖尿病
 高血圧
 心臓病
 ぜんそく
 リウマチ
 アトピー (顔・顔以外)
- その他 ( \_\_\_\_\_ )
- (4) 現在点眼中の目薬、服用中のお薬はありますか？  はい  いいえ
- 目薬 ( \_\_\_\_\_ ) 内服 ( \_\_\_\_\_ ) 軟膏 ( \_\_\_\_\_ )
- (5) 薬や注射で異常を起こしたことがありますか？
- いいえ  はい 薬の名前: \_\_\_\_\_ 症状: \_\_\_\_\_
- (6) これまで入院や手術の経験がありますか？
- はい どのような手術ですか ( \_\_\_\_\_ )
- いいえ
- (7) 女性の方にお伺いします。
- 妊娠の可能性有り  妊娠中 ( \_\_\_\_\_ ヶ月目)  授乳中  どれにも当てはまらない
- (8) 眼鏡を使用していますか？
- はい  持っているが、あまり使用していない  いいえ
- (9) コンタクトレンズについて
- ◎ご使用経験はありますか？  はい  いいえ  以前使用していたが、今は使用していない(ハード・ソフト)
- ◎装用日数(初めての方は週に何回ぐらい使われる予定ですか？)  毎日  週 5~4日  週 3~2日  週 1日以下
- ◎ コンタクトを付ける時間 am/pm \_\_\_\_\_ 時~コンタクトを外す時間 am/pm \_\_\_\_\_ 時
- ◎現在ご使用中のコンタクトレンズの種類  使い捨てソフト(1ヶ月、2週間、1日)  常用ソフト  ハード
- ◎現在ご使用中のコンタクトレンズ名 ( \_\_\_\_\_ )
- 度数 右 ( \_\_\_\_\_ )
左 ( \_\_\_\_\_ )
- ◎運転はしますか？ ( する・しない )      ◎デスクワークはしますか？ ( する・しない )
- (10) 当院をどのようにお知りになりましたか？(複数可)
- 看板
 電話帳
 ご家族・ご友人の紹介
 他院からの紹介
- ホームページ  その他 ( \_\_\_\_\_ )