

問診表

令和 年 月 日

ふりがな		男	生年月日	大正・昭和・平成・令和
氏 名		女		年 月 日 (歳)
住 所	〒 ー			
電話番号		携帯電話		

該当する物に☑チェックもしくは記入をしてください。

① 今日はどのようなことでお困りですか？

・いつからですか？ ()

・どちらの眼ですか？ ☐ 右 ☐ 左 ☐ 両方

・どうされましたか？

☐ めやに ☐ 赤い ☐ 痛い ☐ ごろごろする ☐ 腫れた ☐ かゆい ☐ なみだ ☐ 乾く

☐ 見にくい(遠く・近く) ☐ かすむ ☐ まぶしい ☐ 疲れる ☐ ゆがんで見える ☐ 物が二重に見える

☐ とんでいる物が見える・黒い物が見える ☐ ぶつけた ☐ 異物が入った

☐ その他()

☐ メガネ作成希望(・遠く用 ・手元用 ・遠近両用)

☐ コンタクトレンズ希望 (コンタクトを使用した事がありますか？ ☐ ない ☐ ある)

☐ 学校診断・健康診断・人間ドッグで異常を指摘された (※結果・書類を受付にご提示ください)

② 普段コンタクトレンズを使用していますか？ ☐ はい(1day ・2week ・ハード ・その他____) ☐ いいえ

③ 治療中の体の病気はありますか？ ☐ ない ☐ ある

☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 HbA1c(%) ☐ その他()

④ いつも飲んでいるお薬はありますか？ ☐ ない ☐ ある (※お薬手帳がありましたらご提示ください)

⑤ 眼科での手術歴はありますか？ ☐ ない ☐ ある

いつ頃() 手術名() 病院名()

⑥ 体に合わないお薬・感染症などがありますか？ ☐ ない ☐ ある

☐ 薬() ☐ アルコールアレルギー ☐ その他()

⑦ 女性の方へ 妊娠中あるいは授乳中ですか？ ☐ いいえ ☐ 妊娠中 ☐ 授乳中 ☐ 不明

⑧ どのように当院を知りましたか？

☐ ホームページ ☐ 知人の紹介 ☐ 通りがかり ☐ その他