

ID:

# 《問診票》

記入日 年 月 日

フリガナ	生年月日
お名前	(男・女) 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)
ご住所 〒	
お電話 ご自宅	携帯
メールアドレス(任意)	

- I いつ頃から、どちらの目ですか? \_\_\_\_\_ から 右 左 両
- II 具体的な症状を選んでください
- ・物が見えにくい (遠く・近く) ・かすむ ・物がゆがんで見える ・糸くずのような物が見える
  - ・目やに ・かゆみ ・涙がでる ・赤み ・乾き ・ゴロゴロする ・まぶたが腫れる ・できもの
  - ・眼鏡の処方希望 ・健診で指摘された (具体的に: \_\_\_\_\_ )
  - ・手術希望 (白内障・その他 \_\_\_\_\_ )
  - ・コンタクトレンズ処方希望 (事前の予約制となります) 初めて・装用経験あり (希望のレンズ \_\_\_\_\_ )
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- III 今まで、眼科に通院されたり、ケガ、手術、レーザー治療、レーシックなどをされた事がありますか?
- ない ・ ある ・ 現在、治療中 ( 右 左 両 不明 )
- いつ頃 \_\_\_\_\_ 病名・手術名 \_\_\_\_\_
- IV 現在かかっている病気、かかった事のある病気はありますか?
- 高血圧 ・ 心疾患 ・ 腎疾患 (透析など) ・ 癌 ( \_\_\_\_\_ ) ・ 糖尿病
- なし 高脂血症 ・ 前立腺 ・ 花粉症 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎
- その他 ( \_\_\_\_\_ )
- 使用中のお薬 なし・あり 薬剤名 ( \_\_\_\_\_ )
- V 今までにお薬で具合が悪くなった事やアレルギー症状を起こした事ありますか?
- なし ・ ない ・ ある (お薬名: \_\_\_\_\_ )
- VI 現在、使用している目薬はありますか? (市販の点眼薬も含む)
- なし ・ ない ・ ある (お薬名: \_\_\_\_\_ )
- VII コンタクト、眼鏡を使用していますか? なし
- コンタクト (ハード・ソフト 1 day 2 week 1month その他 ) → 本日装用 あり・なし
- 眼鏡 ( 遠用 老眼鏡 遠近両用 ) → 本日装用 あり・なし・持参している
- VIII 本日はお車やバイクで来院されていますか?
- いいえ ・ はい ( 車 バイク 自転車 )
- IX 女性の方はお答えください
- ・現在妊娠していない ・現在妊娠している ( 週 ) ・現在授乳中
- X 当院を何で知りましたか?
- ・ホームページ ・インターネット (サイト名 \_\_\_\_\_ ) ・看板 (バス停・あざみ野駅)
  - ・グーグルマップ ・タウンニュース ・紹介状 ・知人からの紹介 (ご紹介者: \_\_\_\_\_ )
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )
- XI その他、ご希望、ご要望があればご記入ください。