

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、目に症状があって通院したり、ケガ、手術、レーザー治療、レーシックなどをされていますか?
- 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 ・ 心臓病 ・ 腎臓病(透析など) ・ 癌 ・ 糖尿病 ・ 高脂血症
・なし 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 _____
- V 今までにお薬で具合が悪くなったりアレルギー症状を起こした事ありますか?
- ・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。