

\*お名前はフリガナも記入してください

## 問 診 票

(フリガナ)

名前: \_\_\_\_\_ 生年月日 (大・昭・平・令) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
〒 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_ 電話番号: \_\_\_\_\_

1. 本日の眼の症状を教えてください。

①どちらの眼ですか? → ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )

②それはいつからですか? \_\_\_\_\_

③その症状は? (当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい)

- |   |  |                                 |                                 |
|---|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 赤い (充血する)        | <input type="checkbox"/> 痛い                | <input type="checkbox"/> かゆい    | <input type="checkbox"/> 涙がでる   |
| <input type="checkbox"/> メヤニでる            | <input type="checkbox"/> 腫れ                | <input type="checkbox"/> かすむ    | <input type="checkbox"/> ゴロゴロする |
| <input type="checkbox"/> 見づらくなった (急に・徐々に) | <input type="checkbox"/> ゆがむ               | <input type="checkbox"/> 眼鏡作りたい |                                 |
| <input type="checkbox"/> なにか飛んでいるように見える   | <input type="checkbox"/> 検診で要検査→ ( _____ ) |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )    |  |                                 |                                 |

※当院ではコンタクトレンズ処方しておりません。

2. 上記のことで他の眼科を受診されましたか?  はい  いいえ

3. なにか目薬を使用していますか?  はい  いいえ

4. 白内障の手術をしたことがありますか?  はい  いいえ

5. メガネをお使いですか?  遠用 (遠く見る用)  近用 (老眼鏡)  遠近両用

6. 今現在コンタクトレンズを装用していますか?  はい  いいえ

ハードレンズ  ソフトレンズ (  1DAY  2WEEK  その他 )

7. これまでに次のような病気になったことがありますか?

当てはまるものすべてにチェックをつけて下さい。

- |  |                              |                                |                               |
|--|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 高血圧             | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> リュウマチ | <input type="checkbox"/> 腎臓疾患 |
| <input type="checkbox"/> 心筋梗塞・狭心症        | <input type="checkbox"/> 不整脈 | <input type="checkbox"/> 喘息    | <input type="checkbox"/> 花粉症  |
| <input type="checkbox"/> その他 → ( _____ ) |                              |                                |                               |

8. お薬のアレルギーはありますか?  ない  ある → ( \_\_\_\_\_ )

9. 現在、妊娠中や授乳中のかたはお知らせください。  妊娠中  授乳中

★こちらのクリニックは何でお知りになりましたか?★

- |                                   |                               |  |                                    |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ホームページ   | <input type="checkbox"/> 電柱看板 | <input type="checkbox"/> 知人・家族に聞いて     | <input type="checkbox"/> 前を通りかかった。 |
| <input type="checkbox"/> 他病院からの紹介 | <input type="checkbox"/> 駅の看板 | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                                    |