

問 診 票

フリガナ _____	生年月日 _____
	(昭和 ・ 平成 ・ 令和)
お名前 _____	男 ・ 女 (_____ 歳) _____ 年 _____ 月 _____ 日
郵便番号 _____	—
ご住所 _____	
電話番号 (_____) _____	携帯番号 (_____) _____

1. 本日はどうされましたか？（下記より選択してください）

- いつ頃 (_____) から (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) が、
- ・ 赤い
 - ・ かゆい
 - ・ 目やにがでる
 - ・ ころころする
 - ・ 腫れている
 - ・ 痛い
 - ・ 涙が出る
 - ・ かわく
 - ・ 糸くずが飛んで見える
 - ・ かすむ
 - ・ ものが見えにくい
 - ・ ものが二つに見える
 - ・ コンタクトレンズ処方
 - ・ メガネ処方
 - ・ 検診
 - ・ 近視矯正治療相談 (ICL ・ オルソケラトロジー ・ マイオピン) ※ICL：眼内コンタクトレンズ
 - ・ その他 (_____)

2. コンタクトレンズの使用経験はありますか？

- ・ ある (ソフトレンズ ・ ハードレンズ) _____ ・ ない

※コンタクトレンズ処方の方へ：レンズの装用練習をご希望の場合はチェックをつけてください →

2. 眼科通院や手術をしたことがありますか？（あれば下記より選択してください）

- ・ 緑内障
- ・ 白内障 (手術： 未 ・ 済)
- ・ 網膜剥離 (レーザー ・ 手術)
- ・ 弱視 (治療用眼鏡使用経験： あり ・ なし)
- ・ 斜視 (手術： 未 ・ 済)
- ・ レーシック
- ・ その他 (_____)
- ・ いつ頃 (_____) どこで (_____) 眼科/病院

3. 現在治療中の病気はありますか？（あれば下記より選択してください）

- ・ 糖尿病
- ・ 高血圧
- ・ 心臓病
- ・ 脳疾患
- ・ 喘息
- ・ 肝臓病
- ・ 腎臓病
- ・ 花粉症
- ・ アトピー性皮膚炎
- ・ その他 (_____)

4. 現在使用/服用しているお薬があればご記入ください ※お薬手帳があればご提示ください

(_____) サプリ服用 (あり ・ なし)

5. 今までにお薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ _____ はい (薬品名： _____)

6. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・ インターネット
- ・ 知人の紹介
- ・ 近所
- ・ 広告 (駅)
- ・ 広告 (バス)
- ・ チラシ
- ・ その他 (_____)

7. (女性の方のみ) 現在「妊娠中 (可能性含む)」または「授乳中」ですか？

- ・ いいえ
- ・ 妊娠中 (_____ ケ月)
- ・ 不明
- ・ 授乳中