

問 診 票

フリガナ				生年月日			
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
 - ・ かたく
 - ・ 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
 - ・ 自費診療希望 (オルソケラトロジー ・ マイオピン)
 - ・ その他 ()

2. 普段コンタクトレンズを使用していますか？

- ・ はい → (ソフトレンズ ・ ハードレンズ) 使用
- ・ いいえ

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 (月)
- ・ 不明
- ・ 授乳中

8. 新型コロナウイルス感染症の診断歴もしくは感染兆候はありますか？

- ・ いいえ
- ・ 診断されたことがある (いつ頃:)
- ・ 現在感染兆候がある (症状:)
- ・ 周囲に感染兆候がある方がいる → 家庭内 ・ 学校 ・ 職場 ・ その他 ()