

問診票

記入日： 年 月 日

(ふりがな)		男女	生年月日 (歳)
お名前			昭・平・令 年 月 日
ご住所	〒	電話	(自宅)
			(携帯)

いつ頃から症状がありますか？

☐ 今日から ☐ () 日前から ☐ () か月前から ☐ () 年前から ☐ 不明

どちらの目に症状がありますか？

☐ 右眼 ☐ 左眼 ☐ 両眼
本日はどうなさいましたか？当てはまるものにチェックをつけてください。 ☐ 定期検診
☐ 視力低下 ☐ かすみ ☐ 眼が赤い (充血) ☐ めやにが出る ☐ 涙が出る

☐ 眼が痛い (眼球・まぶた) ☐ まぶたの腫れ ☐ かゆい (眼球・まぶた)

☐ 眼が乾く ☐ まぶしい ☐ ゴロゴロする ☐ 糸くずの様なものが見える

☐ 受診をすすめられた (内科・検診など) ☐ メガネを作りたい ☐ コンタクトを作りたい

☐ その他 ()

今までに眼科を受診したことがありますか？

☐ なし ☐ 視力矯正手術 ☐ コンタクトレンズ検査 ☐ その他 ()

コンタクトレンズを使っていますか？

☐ いいえ ☐ はい : 1日平均 () 時間 ☐ ハード ☐ ソフト (1 day)

☐ ソフト (2 week) ☐ ソフト (1 ヶ月) ☐ ソフト (常用)

検診などで指摘された病気、現在ほかの医療機関で治療中の病気はありますか？

☐ なし ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 心臓病 ☐ 不整脈 ☐ 肝臓病

☐ 腎臓病 ☐ 喘息 ☐ アトピー性皮膚炎 ☐ その他 ()
現在使用中の薬はありますか？ (内服・外用薬) : 薬手帳 ☐ なし ☐ あり
☐ なし ☐ あり (薬の名前を記入してください)
食べ物や薬・注射のアレルギーはありますか？ ☐ なし ☐ あり ()

ご家族で緑内障や糖尿病の方はいますか？

☐ いない ☐ 緑内障 (続柄:) ☐ 糖尿病 (続柄:)

※女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか？

☐ いいえ ☐ はい (☐ 妊娠中 () ヶ月 ☐ 妊娠の可能性あり ☐ 授乳中)

今日はどのような交通手段で来院されましたか？

☐ 徒歩 ☐ 自転車 ☐ バイク ☐ 自動車 ☐ バス ☐ 電車 ☐ その他 ()
御紹介者 (家族の方を含む) ☐ なし ☐ あり ()

◎アイメイクは、なるべく診療前に落としておられますようお願いいたします。