

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)

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)

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。

- ☐視力低下 ☐かすみ ☐眼が赤い (充血) ☐めやにが出る
☐眼が痛い (眼球・まぶた) ☐まぶたの腫れ ☐かゆい (眼球・まぶた) ☐眼が疲れる
☐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 ()

どちらの眼ですか？ ☐右眼 ☐左眼 ☐両眼

症状はいつ頃からありますか？ 約 () 日・週間・ヶ月・年前から

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 ()

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。