

# 問診票

年 月 日

フリガナ		生年月日	大正	年 月 日 年齢 ( ) 才 職業 ( )
お名前	様 男・女		昭和	
			平成	
			令和	
ご住所	〒 -	電話番号	ご自宅	( ) -
			携帯	( ) -

どうされましたか？	<ul style="list-style-type: none"> <li>・痛い</li> <li>・めやに</li> <li>・かゆみ</li> <li>・充血</li> <li>・涙がでる</li> <li>・まぶたがはれた</li> <li>・何かできた</li> <li>・目がかわく</li> <li>・目がつかれる</li> <li>・ゴロゴロする</li> <li>・何かはいった</li> <li>・見にくい(近く・遠く)</li> <li>・かすむ</li> <li>・二重にみえる</li> <li>・ぶつけた</li> <li>・黒いものがみえる</li> <li>・学校で用紙をもらった</li> <li>・めがね処方希望</li> <li>・コンタクト処方希望</li> <li>・眼科検診希望</li> <li>・その他 ( )</li> </ul>
どちらの目ですか？	右目 左目 両目(右から・左から・同時に)
いつごろからですか？	今日から 日前から 週間前から カ月前から 年前から
今までに目の病気をされたことがありますか？	ない ある アレルギー性結膜炎・緑内障・白内障・網膜剥離・外傷・角膜ヘルペス その他 ( )
今までに手術をうけたことはありますか？	ない ある 眼科 ( 年前 ) 他科 ( 年前 )
現在かかっている病気はありますか？	ない ある 糖尿病・高血圧・ぜんそく・心臓病・肝臓病・腎臓病・こうげん病 アトピー性皮膚炎・花粉症・その他 ( )
現在使用中のお薬はありますか？	ない ある お薬手帳を 持参している ・ 持参していない 持参されていない場合、お薬の名前をご記入ください ( )
今までに薬や食物でアレルギーを起こしたことがありますか？	ない ある お薬名 ( ) 食物名 ( ) 症状：気分不良・発疹・ショック・その他 ( )
ご家族やご親族で目の病気や全身的な病気をした方がありますか？	ない ある 続柄 ( ) 病名 ( )
めがね・コンタクトはお持ちですか？	<p>めがね 遠く用 近く用 遠近両用</p> <p>ない ある コンタクト</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">             コンタクトレンズの方 本日つけている・ つけていない 種類 (ハード・ソフト・ 使い捨て 1日 2週間 1ヵ月)         </div>
本日、運転の予定はありますか？	はい いいえ
女性の方へお伺いします	現在妊娠中ですか？ はい 妊娠 ( 週目 ) ・いいえ ・可能性あり 現在授乳中ですか？ はい ・ いいえ
当院を何でお知りになりましたか？	友人知人・看板広告・ホームページ・タウンページ・バス案内・直接みて・他院からの紹介