

問 診 票

フリガナ _____

生年月日

名前 _____ 男・女(_____ 歳) 年 月 日

住所(〒 -) _____

連絡先番号(-) _____

1. 本日の受診理由について教えてください

- 目に症状がある(右眼・左眼・両眼) いつから()
・赤い・かゆい・目やにがでる・ころころする・腫れている
・痛い・かわく・涙が出る・糸くずが飛んで見える
・ものが見えにくい・疲れ目・ものが二つに見える
- 眼鏡処方・コンタクトレンズ処方 ※同日に眼鏡とコンタクトレンズの処方箋はお出しできません。
- 近視矯正相談(ICL ・ オルソケラトロジー ・ リジュセア) ※ ICL : 眼内コンタクトレンズ
- 健康診断、人間ドックの精密検査()
- その他()

2. コンタクトレンズは使用されていますか

- はい(ソフト・ハード) いいえ

3. 目の病気やケガで通院したことや、手術やレーザー治療をうけたことがありますか

- はい(下記より選択してください) いいえ
・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・ICL・その他()

4. 現在治療中の病気はありますか

- はい(下記より選択してください) いいえ
・糖尿病(HbA1c %)・高血圧・心臓病・脳疾患・喘息
・肝臓病・腎臓病・花粉症・メンタル・アトピー性皮膚炎
・その他()

5. 現在使用/服用しているお薬やサプリメントがあればご記入ください

()

6. 今までにアレルギーを起こしたことはありますか

- はい(具体的に) いいえ

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

- 妊娠中(カ月) 授乳中 いいえ

8. 当院をどのようにしてお知りになられましたか

- ・インターネット・知人の紹介・近所・広告・チラシ・その他()