

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 (I C L ・ オルソケラトロジー ・ リジュセア) ※ I C L : 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受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 ・ I C L ・ 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りましたか

- ・ インターネット ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・ 広告 ・ チラシ ・ その他 (_____)