

# 問診票

フリガナ:	男 ・ 女
お名前:	生年月日(明・大・昭・平) 年 月 日
〒(      -      )	
住所:	
携帯番号:      -      -      .      電話番号:      -      -      -	
(連絡がとりやすい方を必ず記入)	

【1】 今日はどうなさいましたか？ ( みぎめ ・ ひだりめ ・ りょうめ )

\*痛い \*かゆい \*かわく \*あかい \*めやに(べとつく・かたまり) \*はれている(上まぶた・下まぶた)

\*ゴロゴロ違和感 \*ぼやける \*ゆがみ ( みぎめ ・ ひだり ・ どちらの眼かわからない )

\*なみだ (多い ・ 少ない) \*二重にみえる \*黒いものが見える(虫の様なもの ・ 糸くずの様なもの)

\*メガネ処方希望 \*コンタクトレンズ処方希望 (使用歴 あり ・ はじめて )

\*本日 コンタクトレンズをつけていますか？ ( 装用中 ・ つけてない )

\*その他 ( )

【2】 いつからですか？ ( 年 月 日ごろから)

【3】 今までに 眼の病気・手術・けが をされた事はございますか？ ( ある ・ ない )

【4】 【3】で ある と答えた方に 質問です。

\*いつ頃の事ですか？( 年 月頃) \*みぎめ ・ ひだりめ ・ りょうめ

\*病名 ( ) \*治療中 ・ 完治 ・ 治っておらず

【5】 眼 以外で病気はありますか？ ( ある ・ ない )

\*高血圧 (ある ・ ない) \*糖尿病 (ある ・ ない) \*インスリン・内服(あると答えた方のみ)

\*その他の病気 (病名: 通院中 ・ 治療済 )

\*内服薬 ( )

【6】 今までに 薬・食べ物でアレルギー症状を起こした事がありますか？ ( ある ・ ない )

\*あると答えた方→原因になったものは？ ( )

【7】 女性におたずねします。現在 妊娠はしていますか？またはその可能性はありますか？

( はい ・ いいえ ・ わからない )

ご協力ありがとうございました。 久喜・あだち眼科