

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: - - - -	
(連絡がとし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