

# 問診票

ダウンロード版

お名前 ( 才 ) 年 月 日生

住所 電話番号

## 1, 受診理由 (あてはまるものに☑を入れてください)

- 目の症状がある                      眼鏡、コンタクトレンズを作成したい  
症状はないが他科から眼科受診を勧められた  
健康診断の結果 (人間ドック、会社学校の検診) (指摘内容 \_\_\_\_\_)

## 2, 1で眼の症状があると答えた方

- いつからどのような症状がありますか? ( \_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日から / \_\_\_\_くらい前から)
- ・視力低下 (右・左・両)    ・目の疲れ (右・左・両)                      ・まぶしい (右・左・両)
  - ・かすむ (右・左・両)        ・物が2つに見える (右・左・両)                      ・ゆがむ (右・左・両)
  - ・めやに (右・左・両)        ・充血 (右・左・両)    ・涙 (右・左・両)
  - ・痛み (右・左・両)            ・まぶたの腫れ (右・左・両)                      ・異物感 (右・左・両)
  - ・かゆみ (右・左・両)        ・ごみのようなものが飛ぶ (右・左・両・不明)
  - ・その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 3, 目の病気、けが、手術をしたことがありますか

病名・手術名		時期	病院名
	右・左・両目・不明		
	右・左・両目・不明		

## 4, コンタクトレンズを使用されている方

- ・本日の使用：使用中・使用していない    ・使用頻度：毎日・時々
- ・種類：ソフトコンタクト (1日・2週・1か月・それ以外)                      ・ハードコンタクト

## 5, 血縁の方の目の病気

なし・あり (父・母・兄弟姉妹・子・ \_\_\_\_ ) (病名： \_\_\_\_\_)

## 6, 今までにかかった眼以外の病気について

糖尿病 (なし・あり) / 高血圧 (なし・あり) / その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 7, 現在使用している薬、外用薬

処方薬：なし・あり (薬品名： \_\_\_\_\_ )  
点眼薬：なし・あり (薬品名： \_\_\_\_\_ )

8, アレルギー；なし・あり (薬品名・食品名： \_\_\_\_\_ )

9, 女性の方のみ；妊娠の可能性 (なし・あり) 授乳 (なし・あり)

## 10, 支払いは現金にてお願いいたしております

(お手数をおかけいたしますが、負担割合や治療内容による金額の変更などが行われることがあるため、クレジットカード、電子決済などは現在のところ対応しておりません。ご理解ご協力のほどよろしくお願い申し上げます)