

問 診 票

住所 〒

フリガナ () 電話番号 _____

御名前 _____ 様 生年月日 大・昭・平・令 年 月 日

(1)どちらの眼が具合が悪いですか。 (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)

見えづらい かゆい 赤い(充血・出血)

二重に見える 黒い点が見える 涙っぽい めやにが出る 腫れている

乾く 眼が疲れる 痛い(表面・奥) ゴロゴロ

メガネ(作りたい・調べてほしい)

コンタクト(希望のレンズあり() なし)

疾病通知(視力・アレルギー性結膜炎・その他)

健康診断・人間ドックでの要検査 ()

その他伝えたいこと _____

(2)Oで囲んだ症状はいつ頃からですか。

(3)これまでに眼で大きな病気や手術をしたことはありますか。 (病院名) _____

(病名) _____ (いつ頃) _____

(4)その他、当てはまるものにOをつけて下さい。

①現在飲んでいるお薬について

高血圧() 糖尿病() 心臓の病気()

安定剤などの精神系の薬() その他()

②アレルギーについて

体に合わない薬(具体的に:)

喘息 その他()

③女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中(カ月) 授乳中

(5)コンタクトレンズをご使用の方にお伺いします。該当する所にOをつけて下さい。

(ハード・ソフト) 新しくレンズを交換してからどのくらい使用されていますか? _____年位使用

・使い捨て 1day 2week 1カ月

現在、コンタクトが(入っている ・ 入っていない ・ 使っていない)