

問診票

住所 〒

フリガナ()

電話番号

御名前

生年月日 明・大・昭・平 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

乾く 眼が疲れる

痛い(表面・奥)

ゴロゴロ

メガネ(作りたい・調べる)

腫れている

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) ○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がありますか。(病院名)

(病名) (いつ頃)

4) その他、あてはまるものに○をつけてください。

1. アレルギーについて

薬(具体的に:)

喘息 その他()

2. 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()

3. 女性の方にお伺いします。

現在、妊娠中(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○をつけてください。

・ ハード } 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
・ ソフト }

・ 使い捨て 1day ・ 2week ・ 1ヶ月

現在、コンタクト入っている ・ 入っていない ・ 使っていない

大原眼科