

# 問 診 票

住所 〒

フリガナ ( )

電話番号 \_\_\_\_\_

御名前 \_\_\_\_\_ 様

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 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)○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○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○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 )

大原眼科