

眼科問診票

受診日：平成 年 月 日

フリガナ		生年月日	明・大・昭・平
氏名	男・女		年 月 日 歳
住所	〒	TEL	
		携帯番号	

下記のご質問にお答え下さい。

1. 本日はどのような症状でお困りですか。

- 痛み かゆみ 充血 目ヤニ 異物感 乾燥感
疲れ眼 ぶつけた 涙眼 ぼやける 視力低下 腫れている
糸の様な物がみえる その他の症状 ()
コンタクト処方希望 メガネ処方希望

※ 診察結果により眼にキズがある場合などコンタクト処方が出来ない場合もありますが、ご了承いただけますか。
(はい ・ いいえ)

2. いつ頃からですか。

- 今日 昨日 2～3日前 1週間前 その他 () 前から

3. どちらの眼ですか。

- 右眼 左眼 両眼

4. 今までに下記の病気にかかったことはありますか。

- 緑内障 白内障 網膜剥離 アトピー 糖尿病 高血圧
心臓病 花粉症 鼻炎 喘息 腎臓病
その他 ()

5. 現在、使用している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

お薬：

6. 今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹、気分不快など）を起こしたことがありますか。

薬のアレルギー

- いいえ はい

薬剤名： 症状：

食べ物のアレルギー

- いいえ はい

食べ物名： 症状：

7. 眼鏡、コンタクトレンズは使用していますか。

- いいえ はい ⇒ (眼鏡 コンタクト 両方)

※ 「はい」の場合は、ご記入下さい。

1) 見え方について 良好 普通 見えづらい

2) メガネ作成年数 約 () 年

3) コンタクト装用経験

初めて 装用経験あり (約) 年4) コンタクト装用時間 朝 () 時～夜 () 時 必要時のみ スポーツ時のみ

5) 現在使用しているコンタクトレンズの種類

メーカー： 使い捨て (ワンデー ・ ウィーク ・ その他)ソフトレンズ ハードレンズ その他

6) 現在使用しているコンタクトレンズの度数 (右： 左：)

7) 以前、使用されていたコンタクトを処方された医療機関はどちらですか。

医療機関名 ()

8. 本日はお車・バイク等運転される予定はありますか。

- いいえ はい

9. 女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか

- いいえ はい 可能性あり

授乳中ですか

- いいえ はい

10. (当院が初めての方にお聞きします) 当院をどのようにしてお知りになりましたか。

1) 紹介 (知人 医療機関) 2) 通りがかり 3) インターネット 4) 新聞折込チラシ

5) 地域新聞 6) 看板 7) パド 8) その他 ()

ご記入ありがとうございました。お手数ですが、受付までご提出下さい。