# 問　診　票

□ 紹介状の持参あり

フリガナ
名前　　昭和 平成 令和　　年　　月　　日生　年齢　　才（学年　　）
電話番号　　携帯番号
住所　　郵便番号

◆今日はどうされましたか？
◎（ 右 ・ 左 ・ 両 ）眼が　いつから（　　）
充血 ・ かゆみ ・ めやに ・ コロコロ ・ ｼｮﾎﾞｼｮﾎﾞ ・ 痛み ・ かすみ
飛蚊症 ・ 疲れ ・ 見えにくい ・検診希望（具体的に：　　）
◎ コンタクトを作りたい（初めて ・ 過去に使用 ・ 現在も使用）
◎ 眼鏡を作りたい（使用目的：　　職業：　　）

◆普段は眼鏡を使用されていますか？　（ はい ・ いいえ ）
（ 種類 ： 遠用 ・ 近用（老眼） ・ 遠近 ・ 中近 ・ 近近 ・ 不明 ）

◆普段はコンタクトレンズを使用されていますか？　（ はい ・ いいえ ）
（ 種類 ： ハード ・ １日使い捨て ・ ２週間使い捨て ・ 従来型ソフト ）

◆今までに眼の病気を指摘されたり、手術をされたことはありますか？
あれば（　　）

◆下記にあてはまるものはありますか？（あてはまる ・ あてはまらない）
あてはまる物があれば〇をつけてください。
心臓病 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大
高脂血症 ・ 胃潰瘍 ・その他（具体的に：　　）
心療内科（パニック障害・うつ病・躁鬱病・統合失調症・その他：　　）
食べ物に対するアレルギー（具体的に：　　）
妊娠中（　　ヵ月） ・ 授乳中

◆他の科でもらっている内服薬の名前がわかれば書いてください。
（名前：　　・ 不明 ）

◆お薬等で副作用が出たことはありますか？　（ はい ・ いいえ ）
症状は？（　　）
薬の名前（　　）

◆今日は 車 か バイク を運転して来られましたか？　（ はい ・ いいえ ）