

問 診 票

フリガナ _____	明・大・昭・平・令
氏 名 _____ 男・女	生年月日 _____ 年 月 日( 才)
〒 _____	電話番号 (携帯可) _____
住 所 _____ 都・道・府・県	職 業 _____

【 1 】 いつ頃からどこの眼に症状がありますか？（症状がない場合はあけておいてください）

いつ（ ） どこ（ 右眼・左眼・両眼 ）

【 2 】 症状をお聞かせください。

- |          |                 |              |              |
|----------|-----------------|--------------|--------------|
| 1) 赤い    | 2) かゆい          | 3) 痛い        | 4) ごろごろする    |
| 5) 目やに   | 6) 流涙           | 7) 腫れる       | 8) 乾く        |
| 9) 疲れる   | 10) 見づらい（遠く/近く） | 11) 虫がとんで見える | 12) 健康診断で再検査 |
| 13) 学校検診 | 14) メガネ処方       | 15) コンタクト処方  | 16) その他( )   |

【 3 】 これまで目の病気にかかったことはありますか

いいえ はい【いつ（ ）(右・左・両) 診断名（ ）→治療中・経過観察・治療済】

【 4 】 これまで病気にかかったことはありますか

いいえ はい【高血圧・糖尿病・心疾患・喘息・リウマチ・腎臓病・甲状腺疾患】  
【その他（ ）】

【 5 】 現在、お薬は使っていますか ※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください

いいえ はい【(目薬・のみ薬・ぬり薬) お薬名（ ）】

【 6 】 ご家族の中に以下の病気の方はいますか

いいえ はい【糖尿病・緑内障・網膜色素変性症・黄斑変性】  
だれ【祖父・祖母・父・母・兄/弟・姉/妹・叔父・叔母】

【 7 】 アレルギーはありますか ※禁忌薬のある方は必ずご記入ください

いいえ はい【禁忌薬（ ）・花粉・ハウスダスト・食べ物・アトピー・その他（ ）】

◎アレルギー検査について相談したいですか

いいえ はい（判定項目：8種類/結果判定：20分/検査代：¥3,090（3割負担の場合））

【 8 】 (女性の方のみ) 妊娠中もしくは授乳中ですか

いいえ はい【妊娠中（ ）ヶ月・授乳中】

【 9 】 眼鏡はお持ちですか

持っている【使っている・使っていない】 / 持っていない【過去に使っていた・使用したことがない】

【 10 】 コンタクトレンズの使用経験はありますか

いいえ はい【ハード・ソフト・現在使用していない】

【 11 】 レーシック(近視矯正手術)を受けたことはありますか

いいえ はい【いつ（ ）(右・左・両)】

【 12 】 何をご覧になって来院されましたか

【 紹介・ホームページ(パソコン/携帯)・看板・電話帳・その他（ ）】