

# 問 診 票

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

※当院は正確な診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています※

【 1 】 今日はどうされましたか（コンタクト処方と眼鏡処方は同日にできません）

- |          |                 |              |              |
|----------|-----------------|--------------|--------------|
| 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( )   |

【 2 】 上記症状はいつ頃からですか（コンタクト・眼鏡処方の方は【3】へ）

いつ ( ) どこ ( 右眼・左眼・両眼 )

【 3 】 これまで目のケガや病気にかかったことはありますか ※レーシック(近視矯正手術)含む

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・脂質異常症・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、病院で処方されているお薬はありますか ※処方薬のある方は必ずご記入ください

いいえ はい【お薬の名前 ( )】

【 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 ( )】

【 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(老眼鏡含む)の使用経験はありますか

いいえ はい

【 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(カラーレンズ含む)】

【 11 】 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 ( )】