

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		生年月日	年 月 日	男 ・ 女
氏名				
ご住所				
連絡先	ご自宅：	携帯：		

受診理由についてお教えてください

<input type="checkbox"/> 目の症状があるため ( 右・左・両・不明 ) ( 年 月 日から / くらい前から)
<input type="checkbox"/> 白内障検査希望 <input type="checkbox"/> 緑内障検査希望 <input type="checkbox"/> 眼底(散瞳)検査希望
<input type="checkbox"/> 相談したいことがある ( について)
<input type="checkbox"/> 健診の結果(学校検診・会社の検診・人間ドック)(指摘されたこと: )
<input type="checkbox"/> 他科から受診をすすめられた ( )
<input type="checkbox"/> メガネを作りたい ( 遠くを見るメガネ ・ 近くを見るメガネ ・ 遠近両用 ・ 中近両用 )
<input type="checkbox"/> コンタクトを作りたい ( 初めて・経験あり:ハード・ソフト:1day・2week・1M・通年タイプ )

目の症状がある方はその症状についてお教えてください

・視力低下 ・痛み ・痒み ・充血 ・メヤニ ・瞼の腫れ ・目が乾く ・涙がでる ・ゴロゴロする ・目が疲れる ・まぶしい ・糸くずやゴミのようなものが見える ・光やキラキラしたものが見える ・ゆがむ ・視野がかける ・物がふたつに見える ・ゴミが入った ・その他 ( )
---

今まで目の病気をしたことがありますか ・ない ・ある →その病名は ( )
今まで目の手術やレーザー治療などをうけたことがありますか ・ない ・ある(右・左・両) →治療名 ( )

現在使用中の薬・サプリメントはありますか

点眼薬	ない・ある	薬品名
内服薬	ない・ある	薬品名
サプリメント	ない・ある	サプリ名

点眼薬・内服薬・注射等で具合が悪くなったことはありますか ・ない ・ある →その薬の名前 ( )
今までアレルギー、特異体質といわれたことはありますか ・ない ・ある ( )

今まで目以外の病気にかかったこと、又は、現在治療中の病気はありますか ・ない ・ある →・高血圧・糖尿病・脳梗塞・心臓病・不整脈・喘息・鼻炎・花粉症・アトピー ・リウマチ・腎臓・肝臓病・脳梗塞・その他 ( )
--

裏面にもございますので、ご記入お願いいたします

女性の方におうかがいします

- ・妊娠していますか      ・いいえ      ・はい      (      ヶ月)      ・可能性あり  
・現在、授乳中ですか      ・いいえ      ・はい

以下のご症状はございませんか

体温 \_\_\_\_\_ °C

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| ・1週間以内の発熱   | ・なし | ・あり |
| ・体がだるい、倦怠感がある   | ・なし | ・あり |
| ・咳がでる   | ・なし | ・あり |
| ・下痢、吐き気などの消化器症状   | ・なし | ・あり |
| ・発赤、痛みを伴う発疹   | ・なし | ・あり |
| ・新型コロナウイルス発症者との接触   | ・なし | ・あり |
| ・新型コロナウイルス流行地域（国内外含む）への滞在歴                                  | ・なし | ・あり |
| ・近隣で感染症の流行、または家族に発症者がいる<br>(インフルエンザ、胃腸炎、水痘、麻疹、風疹、流行性耳下腺炎など) | ・なし | ・あり |

当院をお知りになったきっかけをお教えてください

- ・家族・知人の紹介 (      様)      ・ホームページ      ・看板      ・コンタクト店より  
・近所だから      ・その他 (      )

ご記入ありがとうございました。受付窓口へご提出ください。