

問診票

お手数ですがご記入をお願いします

(フリガナ)	
お名前	男 ・ 女
生年月日 明治・大正・昭和・平成	年 月 日
〒	
ご住所	電話番号

★本日の目の症状を教えてください

- ・どちらの目ですか? 右目 ・ 左目 ・ 両目
- ・いつ頃からですか? ()
- ・どのような症状ですか? (○をおつけください)
目やにが出る ・ 目がかゆい ・ 目が赤い ・ 痛みがある ・ ゴロゴロする
涙が出る ・ 乾燥している ・ 視力低下 ・ 虫が飛んで見える(飛蚊症)
めがねを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい
- ・その他()

★今までに目の病気をされたことがありますか?

- はい ・ いいえ
- ・病名 ()
- ・眼科名 ()
- ・その病気で入院、手術などをしましたか? はい ・ いいえ

★血縁の方で緑内障や網膜剥離の方はいますか?

はい ・ いいえ

★次のような病気をされたことがありますか?

- はい ・ いいえ
- 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ 結核
- その他 ()

★現在かかりつけの病院はありますか?

- ・病院名 () ※眼科以外の医療機関も含みます
- ・服用もしくは点眼しているお薬の名前 ()

★薬や食べ物、注射などでアレルギーを起こしたことがありますか?

- ・はい () ・ いいえ ・ わからない

★アレルギーが原因で目の症状が起きている場合、その原因を調べますか? ※主要8項目の検査です。

- ・はい ・ いいえ ・ 相談したい ※注射を使わずお子様から検査可能です。

★当院に以前かかったことはありますか?

はい ・ いいえ

★当院を何でお知りになりましたか?

- 近所 ・ 家族が治療を受けた ・ 友人、知人からの紹介 ・ 看板 ・ 広告
- インターネット ・ その他 ()