

# 問診票

フリガナ 氏名		生年月日	年    月    日	性別	男・女
住所	〒 -				
電話番号		携帯番号			

I. 本日はどのような症状でお困りですか。

- 痛み 腫れている 異物感 充血 目ヤニ かゆい 涙目  
乾燥 疲れ眼 かすみ 視力低下 糸の様な物が見える  
コンタクトレンズ作成 眼鏡作成 ※コンタクトレンズと眼鏡作成は検査のみで、作成は次回になります。  
その他

2.いつ頃からですか。

- 今日       ( ) 日前から

3.どちらの眼ですか。

- 右眼      左眼      両眼

4.今までに下記の病気につかかったことがありますか。

- 緑内障       網膜剥離       糖尿病       高血圧症  
 心臓病       腎臓病       喘息       アレルギー  
 その他

※女性の方のみお答えください。

- ・妊娠の可能性はありますか
  - ・授乳中ですか

いいえ    はい    いいえ    はい

5.現在、使用している薬がある場合はご記入ください。

## お薬 :

6.今までに薬や食べ物でアレルギー症状（発疹・気分不振など）を起こしたことがありますか。

- ・薬のアレルギー  
いいえ      はい      薬剤名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_
  - ・食べ物のアレルギー  
いいえ      はい      食べ物名： \_\_\_\_\_ 症状： \_\_\_\_\_

7. 眼鏡は使用していますか。

- いいえ はい (□常時 運転時のみ 老眼鏡 遠近両用)

8.コンタクトレンズを使用している方は、ご記入ください。

- ・ 使用しているコンタクトレンズの種類  
使い捨てレンズ ハードレンズ カラーレンズ その他
  - ・ どちらで購入されましたか  
眼科 コンタクトレンズ販売店 インターネット その他

9.差し支えなければ、当院を来院されたきっかけをお教えください。

- インターネット    看板    新聞    自宅が近い    クチコミ    その他( )