

# 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			

## 1.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かかったことはありますか。

- 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 いいえ はい  
・授乳中ですか 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てください。

- インターネット 看板 新聞 自宅が近い クチコミ その他 ( )