

# 問 診 票

〒 _____	市 区	町 村
フリガナ	TEL ( ) ( ) ( )	
お名前 男・女	携帯 ( ) ( ) ( )	
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生

- (1) 今、眼のことで気になる症状はありますか？
- はい
- 涙が出る                       眼が乾く                       異物感がある                       眼が疲れる
- めやにが出る                       眼がかゆい                       眼が赤い                       かすむ
- 眼が痛い                       違和感がある                       その他 ( )
- いいえ
- (2) 現在治療中もしくは指摘された眼の病気はありますか？
- はい ( 治療中・指摘された )
- アレルギー性結膜炎     緑内障 (疑いも含む)     花粉症     白内障     その他 ( )
- いいえ
- (3) 現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？
- はい
- 糖尿病                       高血圧                       心臓病                       ぜんそく
- リウマチ                       アトピー                       その他 ( )
- いいえ
- (4) 現在点眼中の目薬、服用中のお薬はありますか？
- 目薬 ( )    内服 ( )    軟膏 ( )
- (5) 薬や注射で異常を起こしたことがありますか？
- はい    薬の名前 ( )
- いいえ
- (6) これまで入院や手術の経験がありますか？
- はい    どんな手術ですか ( )
- いいえ
- (7) 妊娠の可能性がありますか？
- はい                       いいえ
- (8) 眼鏡を使用していますか？
- はい                       いいえ                       持っているが、あまり使用していない
- (9) コンタクトレンズについて
- ◎ご使用経験はありますか？  はい  いいえ  以前使用していたが、今は使用していない(ハード・ソフト)
- ◎装用日数(初めての方は週に何回ぐらい使われる予定ですか？)  毎日  週 5~4日  週 3~2日  週 1日以下
- ◎装用時間 am/pm 時                      ~am/pm 時まで
- ◎現在ご使用中のコンタクトレンズの種類  使い捨てソフト(1ヶ月、2週間、1日)  ハード  常用ソフト
- ◎現在ご使用中のコンタクトレンズ名 ( ) 度数 右 ( ) 左 ( )
- ◎運転はしますか？ ( する・しない )                      ◎デスクワークはしますか？ ( する・しない )
- (12) 当院をどのようにお知りになりましたか？ (複数可)
- 看板                       電話帳                       ご家族・ご友人の紹介                       他院からの紹介
- ホームページ                       その他 ( )