

《問診票》

ふりがな		男 女	【生年月日】
お名前			大・昭・平・令 年 月 日
住所	〒		
電話番号			

1. どうされましたか？（ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ）

- ・検査希望 ・白内障手術希望 ・眼科の転院希望 ・乾く ・疲れる ・不快感がある ・かすむ
- ・目やにが出る ・涙が出る ・痛い ・かゆい ・充血する ・まぶたが腫れている ・何か入った
- ・見えにくい(近く・遠く) ・黒いもの(虫や糸くずのようなもの)が見える ・物が歪んで見える
- ・眼鏡の処方希望
- ・学校で用紙をもらった ・コンタクトレンズの処方希望 ※上記症状がある方はコンタクトの処方が出来ない場合がございます。
- ・その他()

症状があるのはいつからですか？ () 日前、() 週間前、() カ月前

2. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

- ・緑内障 ・白内障 ・糖尿病網膜症 ・網膜剥離 ・ドライアイ ・流行性角結膜炎(はやり目)
- ・目のけが ・その他()

3. 今までに目の手術を受けたことはありますか？(レーシックも含む)

- ・ いいえ ・ はい → 病名()

4. 現在かかっている眼科はありますか？

眼科・病院 _____ 病名 _____

5. 現在かかっている病気、かかったことがある病気はありますか？

- ・ いいえ
- ・ はい (糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 心不全 ・ 喘息 その他:)

6. 現在、飲んでいる薬やサプリメント、点眼している目薬はありますか？(市販の薬・目薬を含む)

- ・ いいえ ・ はい → 薬・目薬名()

お薬手帳に貼る紙の発行 希望する ・ 希望しない ※希望する方はお薬手帳を受付にお出してください

7. 食べ物・薬・注射のアレルギーはありますか？

- ・ いいえ ・ はい → ()

8. 普段、メガネやコンタクトレンズを使用していますか？

- ・ メガネ : 問題なし ・ 見えにくい

・コンタクトレンズ(ハード ・ ソフト 1day / 2week / その他:)

9. 現在、妊娠中 または 授乳中 ですか？ いいえ ・ 妊娠中() 週 ・ 授乳中