

問 診 票

フリガナ
氏名
〒 ー
住所

明 大
昭 平 年 月 日生 (歳)
性 別 男 ・ 女
電 話
緊急連絡先

(1) 今日はどうなことでおいでですか? (○をつけてください)

めやに 痛い 赤い かゆい ごろごろする 涙がでる しみる
目が乾く 目が疲れる ぶつけた 物が入った 何か飛ぶものが見える
見にくい (かすむ ・ まぶしい ・ ゆがむ ・ 暗い)

まぶた (痛い ・ 赤い ・ かゆい ・ 腫れた)

目の病気を治療している、または指摘された → ()

学校健診 成人健診 コンタクト処方希望 メガネ処方希望

その他 ()

(2) それはいつからですか? () から

(3) どちらの目ですか? 右 ・ 左 ・ 両方

(4) 紹介状はありますか? ない ・ ある → 紹介元は? ()

(5) 現在までにかかったことのある病気はありますか?

→ ない ・ ある → 既往歴 ()

(6) 治療中のからだの病気はありますか? ない ・ ある

→ 糖尿病 高血圧 心臓病 ぜんそく その他 ()

→ 通院中の病院 ()

(7) 妊娠中・授乳中の方ですか? いいえ ・ はい → (妊娠中 ・ 授乳中)

(8) アレルギー・花粉症・アトピーはありますか? ない ・ ある

→ アレルギー名 ()

(9) いつも飲んでいるお薬・使用中の目薬はありますか? ない ・ ある

→ お薬の名前 ()

(10) お薬のアレルギーはありますか? ない ・ ある → ()

(11) コンタクトレンズを普段使用していますか? はい ・ いいえ

→ コンタクトレンズの種類はどちらですか? (使い捨てレンズ ・ ソフト ・ ハード)

(12) どのように、こちらの眼科を知りましたか?

→ 知人の紹介 インターネット 家族 院前看板 電柱看板 駅看板

家が近所 通りがかり 電話帳 聖マリアンナ

その他 ()

★本日は、コンタクトレンズを装用されていますか? はい ・ いいえ

「はい」の方: コンタクトレンズの種類はどちらですか?

(使い捨てレンズ ・ ソフト ・ ハード)