

# 問 診 票

ふりがな \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日  
氏 名 \_\_\_\_\_ 性別 男 ・ 女 \_\_\_\_\_  
生年月日 ( 明・大・昭・平・令 ) \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日生 ( \_\_\_\_\_ 歳)  
〒 \_\_\_\_\_  
住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(1) 今日はどうなさいましたか？あてはまるものを○で囲んでください。

<p>・痛い(右/左) ・かわく(右/左) ・かゆい(右/左) ・つかれる(右/左) ・見えにくい(右/左) ・充血する(右/左) ・めやにが出る(右/左) ・涙がとまらない(右/左) ・腫れがある(右/左) ・メガネを作りたい ・コンタクトレンズを作りたい→(3~12の問診にもお答えください) ・その他 具体的にお書きください( _____ )</p>
--

- (2) いつ頃からその症状がありますか？ ( \_\_\_\_\_ )
- (3) 今までに眼の病気にかかったり、目にけがをしたことがありますか？  
ない ・ ある(病名: \_\_\_\_\_ )
- (4) 緑内障と言われたことはありますか？      ない ・ ある
- (5) 糖尿病、高血圧、心臓病、その他の全身疾患の診断を受けたことがありますか？  
ない ・ ある(糖尿病・高血圧・心臓病・その他( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )
- (6) 現在使用中の点眼薬、内服薬はありますか？  
ない ・ ある(薬名: \_\_\_\_\_ )
- (7) 今までにくすりや注射のアレルギーはありますか？  
ない ・ ある(薬名: \_\_\_\_\_ )
- (8) 女性の方は、妊娠中または授乳中ですか？ はい(妊娠中・授乳中) ・ いいえ

◆コンタクトレンズを作りたい方へ

※当院では安全に正しくコンタクトをしていただきたいので、診察を受けながら買われることをお勧めしています。  
そのため、コンタクトレンズの処方箋のみの発行はしていません。

- (9) コンタクトレンズは使ったことがありますか？      ない ・ ある
- (10) どのタイプのレンズをご希望ですか？ ソフト(1day・2week) ・ ハード
- (11) 現在使用中のコンタクトレンズについて教えてください。  
ソフト( 1day・2week・その他 ) ・ ハード  
メーカー・商品名( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ )  
度数(右: \_\_\_\_\_ ) (左: \_\_\_\_\_ ) ・ わからない  
※度数のわかるケースなどをお持ちでしたら受付にお出し下さい。
- (12) 今までにコンタクトレンズが原因で、眼科で治療を受けたことがありますか？  
ない ・ ある(具体的に: \_\_\_\_\_ )

<p>◆当院をどのようにお知りになりましたか？あてはまるものを○で囲んでください ・お知り合いからの紹介    ・ 駅看板    ・ 電話帳    ・ ホームページへ    ・ 道路脇看板 ・その他( _____ )</p>
--