

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年 齡	才
住 所	〒		
電 話	() - ()		

(1) 目について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。

- ・見えにくい (右・左・両) ・充血する (右・左・両)
- ・かゆい (右・左・両) ・痛い (右・左・両)
- ・かわく (右・左・両) ・つかれる (右・左・両)
- ・目やにが出る (右・左・両) ・涙がとまらない (右・左・両)
- ・飛蚊症(黒いものが見える) (右・左・両)
- ・健康診断で()といわれた
- ・(メガネ)・(コンタクトレンズ)を作りたい
- ・その他 具体的にお書きください()

(2) 以上のようなことが _____ (日・ヶ月・年) 前からある

(3) 今、使っている目薬はありますか (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方

目薬の名前()

(4) 今までに目の病気にかかったことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 病名 ()

(5) 今までに目の手術を受けたことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 手術内容()

(6) 現在かかっている病気はありますか (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方は○で囲んでください

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・鼻炎
- ・その他()

(7) 今までに薬や注射で具合が悪くなったことが (ある・ない)

「ある」とお答えの方 薬剤名()

(8) 普段コンタクトレンズをつけていますか (いる ・ いない)

- ・種類 ハード・ソフト(1 day, 2week, その他)
- ・今日もつけていますか (いる ・ いない)

(9) 女性の方のみ、妊娠している、又はその可能性がありますか (ある・ない)

「ある」とお答えの方 (ヶ月)