

問診票

フリガナ 名前	男 女	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日
〒 住所		電話番号 携帯： 自宅：

診察の参考にさせていただきますので当てはまるところに○、またはご記入下さい。

1. 症状はいつからですか？ _____

2. どちらの眼ですか？

右眼 左眼 両眼

3. どのような症状がありますか？

- ・見えづらい ・かすむ ・ぼやける ・ゆがんで見える ・ものが2つに見える
- ・まぶしい ・疲れる ・眼が赤い ・めやにが出る（黄色 白色 透明 不明） ・涙が出る
- ・痛み ・かゆみ ・まぶたの腫れ（上 下） ・ゴロゴロする ・できものがある
- ・眼が乾く ・糸くずやゴミのようなものが飛んでいる
- ・コンタクトレンズをつくりたい（使用歴：あり なし）※当院では処方箋のみの発行は行っておりません。
- ・眼鏡をつくりたい ・他科から眼科受診をすすめられた（_____科）
- ・健診の結果（人間ドック 会社 学校の検診）（指摘されたこと_____）
- ・その他（_____）

4. コンタクトレンズを使用していますか？

はい（1Day 2Week 1Month ハードコンタクトレンズ その他） いいえ

5. 今までに眼の病気やケガ、手術、レーザー治療、屈折矯正手術（レーシック・ICL）をした事がありますか？

病名・手術名		時期
	右・左・両・不明	年 月
	右・左・両・不明	年 月

6. 現在、治療中または既往歴はありますか？ なし あり またどちらの病院におかかりですか？

- ・高血圧 ・糖尿病（HbA1c %） ・心臓疾患 ・肺疾患 ・喘息
- ・高脂血症 ・アトピー ・花粉症

その他 _____

病院名 _____

7. 現在使用中のお薬はありますか？ なし あり お薬手帳はお持ちですか？ なし あり

薬品名 _____

8. アレルギーはありますか？ なし あり

薬品名・食品名など _____

9. 女性の方におうかがいします。

現在、妊娠中ですか？ はい（現在 週） いいえ 可能性あり

現在、授乳中ですか？ はい いいえ

10. 本日、車の運転はしますか？ はい いいえ

11. 散瞳検査（目薬を使って瞳孔を大きくして眼の奥側の詳しい検査）をおこなったことはありますか？

はい いいえ

ご記入ありがとうございました。