

問診票

(フリガナ) お名前			
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年 月 日	男・女
ご住所	〒 - 都・県 区・市 マンション・アパート名 ()		
電話番号		携帯番号	

1. 今日はどうされましたか？

・いつから ()

・どちらの目 (両目・右目・左目)

・どのような症状ですか？

痛い ・ 赤い ・ はれた ・ メヤニがでる ・ 涙がでる ・ 疲れる ・ 乾く ・ かゆい
ゴロゴロする ・ 見にくい ・ 何か飛んでみえる ・ メガネ、コンタクトレンズを作りたい
健診で要検査だった ・ その他 ()

2. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？

(はい・いいえ)

ハードレンズ ・ ソフトレンズ 使い捨てるソフトレンズ (1日の使い捨て・それ以外)
使い捨てではないソフトレンズ ・ カラーコンタクトレンズ

3. 目の手術を受けたことがありますか？

(はい・いいえ) → いつ頃？ () 何の手術ですか？ ()

4. 今までにかかった病気があれば○をつけてください

眼 : 緑内障 花粉症 目薬などによるかぶれ 眼底の病気
全身 : 高血圧 糖尿病 心臓病 ぜんそく 抗ガン剤使用中

5. 現在使用している他の病院のお薬はありますか？

(はい・いいえ) → 薬の名前 ()

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーをおこしたことがありますか？

(はい・いいえ) → 薬・食べ物の名前 ()

7. 眼科はどのようにお知りになりましたか？

大塚北口診療所から紹介 ・ 他の病院からの紹介 ・ 知人からの紹介
インターネット ・ 看板 ・ 貼り紙を見て ・ 通りがかり ・ その他 ()

女性の方のみ

1. 現在妊娠していますか？ (はい・いいえ) → () ヶ月

2. 授乳中ですか？ (はい・いいえ)