

問 診 票

お手数ですが、ご記入頂けますでしょうか。

(フリガナ)

お名前 _____ 男 ・ 女 _____

生年月日 大正・昭和・平成・令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ - _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

1.このたびはどういうことで来院されましたか？

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 物が見えにくい (急に・徐々に) | <input type="checkbox"/> 目がかゆい | <input type="checkbox"/> 目が赤い |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる | <input type="checkbox"/> 目が痛い | <input type="checkbox"/> 涙がでる |
| <input type="checkbox"/> 目が乾く | <input type="checkbox"/> 目が腫れた | <input type="checkbox"/> 二重に見える |
| <input type="checkbox"/> 物がかすむ | <input type="checkbox"/> 目が疲れる | <input type="checkbox"/> ものが入った |
| <input type="checkbox"/> コロコロする | <input type="checkbox"/> メガネを作りたい | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい |
| <input type="checkbox"/> 検診希望 | <input type="checkbox"/> その他 | |

2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(_____ 日前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から) (右目 ・ 左目 ・ 両方)

3.今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (病名 : _____ 眼科名 : _____)

現在、当院以外に通院中の眼科はありますか？⇒ (ある (_____ 眼科) ・ ない)

現在、使用中の目薬はありますか？ ⇒ (ある ・ ない)

目薬の名前 [_____]

4.今までに以下のような病気を指摘されたことはありますか？

- | | | | | | |
|--------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> 高血圧 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病 | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> リウマチ | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> その他 (_____) | | | | |

5.今現在、かかりつけの病気及び医院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病名 : _____ 医院名 : _____)

6.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ) はいの場合 : 種類と症状

7.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)

8.家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) (病名 : _____)

10.現在、飲んでいるお薬があれば教えて下さい。

(お薬の名前 : _____)

11.特定健診の受診歴はありますか？

(はい ・ いいえ) いつ頃ですか？ (_____)

12.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) 授乳中ですか？ (はい ・ いいえ)