

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日
氏名	保護者名 ()	男・女		
		携帯 (本人)		
住所	〒	自宅電話		
		緊急連絡先		()

1、当院を知ったきっかけを教えてください。

インターネット・看板・家が近い・セカンドオピニオン・知人の紹介 () ・その他 ()

2、本日の受診理由に○をつけてください（複数回答 可）

(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼) いつから？

見え方

見えにくい（遠く / 近く）・かすむ・ゆがむ・ぼやける・まぶしい・二重に見える
黒い点や糸くずの様なものが見える・光がはしって見える・視野が狭く感じる

症状

かゆい・ゴロゴロする・乾く・疲れる・痛い・充血している・めやにが出る・涙が出る
まぶたがはれている（上 / 下）・さかまつげ・まぶたがピクピクする（上 / 下）

その他

メガネ処方希望 ・ コンタクトレンズ処方希望 ・ 健康診断や検診で指摘
外傷 ・ 手術希望

内容記入欄

()

3、普段はメガネやコンタクトレンズを使用していますか？○をつけてください

していない ・ メガネを使用している ・ コンタクトレンズを使用している

4、今までに眼の病気を指摘されたことがありますか？

特になし ・ あり → 病名 ()
いつ頃、どこの病院で ()

今までに眼の手術を受けたことがありますか？

特になし ・ あり → (右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
どのような手術ですか ()
いつ頃、どこの病院で ()

5、現在、眼科にかかっていますか？

いいえ ・ はい → どのようなことで通院されていますか ()
薬の処方があれば名前を教えてください ()

6、現在、治療中の病気や過去にかかった病気はありますか？

いいえ ・ はい → 高血圧 ・ 高脂血症 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ アトピー ・ がん
心疾患 () 脳血管疾患 ()
肝臓・腎臓疾患 () その他 ()
手術を受けられた方は記入して下さい ()

7、アレルギー性疾患の既往はありますか？

特になし ・ あり → アレルギー性皮膚炎 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 花粉症 ・ その他 ()

8、今までに、目薬・飲み薬・注射・食物・その他 などに対してアレルギーはありますか？

特になし ・ あり → ()

9、女性の方にお聞きします あてはまるものに○をつけて下さい

該当なし ・ 妊娠中 ・ 授乳中 ・ 妊娠の可能性がある