

問 診 票

本日おいでいただいた目的を、○をつけるか、できるだけ具体的に書いてください。
コンタクトの処方をご希望の方は、別紙のコンタクトレンズ問診票に記入してください。

ふりがな
お名前 _____ 職業 _____

生年月日 明治・大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 才 男・女

住 所 〒 _____

電 話 _____ (_____) _____

【1】 来院された目的について

1. 他院・健診・学校・眼鏡店など(その名称 _____)で受診をすすめられた。
2. メガネを作りたい。
3. 目について今困っていることは？
 - ①いつ頃からですか？ [_____]
 - ②どちらの目ですか？ [両目 右目 左目]
 - ③どのように悪いのですか？

ぶつけた 涙が出る 赤い 見にくい 痛い かゆい
まぶたのはれ 目やにが出る ゴロゴロする まぶしい
疲れ目 かわく 黒いものが見える
その他 (_____)
 - ④現在、よその眼科で治療を受けていますか？ [はい いいえ]
どのような病気ですか？ [白内障 緑内障 結膜炎 その他 (_____)]
 - ⑤メガネまたはコンタクトをお持ちですか？ [持っている どちらも持っていない]
*メガネ [遠くを見るメガネ 老眼鏡 遠近両用 (購入日 _____)]
調子よい 調子わるい (その理由 _____)]
*コンタクト [ハード ソフト 使い捨て (購入日 _____)]
調子よい 調子わるい (その理由 _____)]
4. その他、受きたい検査や気になることがありましたら、ご記入ください。
[視力検査 メガネのチェック 眼圧検査 眼底検査 白内障の検査 緑内障の検査]
[ドライアイの検査 その他 (_____)]

【2】 今までに目の病気にかかったことがありましたら、お書きください。

[白内障 緑内障 結膜炎 その他 (_____)]

【3】 以前かかった、または現在治療中のお体の病気がありますか？

[ある ない]

[高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎 腎臓病]
[その他 (_____)]

【4】 飲み薬または注射などでアレルギー反応が出たことがありますか？

[ある (原因 _____) ない]