

# 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 ]