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。

お名前（ふりがな） ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　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うけていますか？〔　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、受け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　〕