

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]