

問 診 票

平成 年 月 日

男 ・ 女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 () 歳

あなたの症状を○で囲んでください。

1. どちらの目ですか？ (右 ・ 左 ・ 両)

2. 症状は

- ・ めやにが出る
- ・ 目が赤い
- ・ まぶたがはれた
- ・ 見え方が悪い
- ・ 目がかゆい
- ・ 目に何かが入った
- ・ 目が疲れる
- ・ 涙がでる
- ・ 目の前を何か飛んで見える
- ・ 目が痛い
- ・ 目がゴロゴロする
- ・ その他()

以上のことが 日前 週間前 ヶ月前 年前からある

3. 今まで目の病気にかかったことが ある方()
ある方はどんな病気にかかりましたか？
()

4. 今まで目以外の病気や手術をしたことがありますか？ ある方()
その病名は？
()

5. 現在他の病気で通院をしていますか？ ある方()
通院している方は病名・薬名を記入してください。
病名

- ・ かぜ(熱がある 度・熱がない)
- ・ 喘息
- ・ 高血圧
- ・ 糖尿病
- ・ 心臓病
- ・ アレルギー性鼻炎(花粉症など)
- ・ アレルギー性皮膚炎(アトピー性皮膚炎 など)
- ・ その他()

薬名 ()

6. 今までアレルギー体質と言われたことが ある方()

7. 今までに使った薬で具合が悪くなったことが ある方()
ある方は何の薬でそうになりましたか？ 薬名 ()

8. 女性の方にお聞きします。現在妊娠をしていますか？ はい ・ いいえ

9. めがね ・ 未使用 ・ 使用中(持参している・していない) ・ めがねを作りたい
コンタクトレンズ ・ 未使用 ・ コンタクトレンズを作りたい
・ 現在使用している ・ 以前使用していた

コンタクトレンズを使用したことのある方にお聞きます。

そのレンズは？ ・ ハード ・ 02 ハード ・ ソフト ・ 使い捨て

そのレンズのメーカーは？ メーカー名 ()

10. 当院を何でお知りになりましたか？
・ ホームページ ・ 知人の紹介 ・ 駅看板 ・ その他 ()