

平成 年 月 日

問 診 票お名前 ふりがな _____ 男・女 生年月日 明・大・昭・平 年 月 日 歳

ご住所 _____ 電話 _____

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 |
| ・目の前を何かが飛んで見える | ・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 _____ ・ない

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 _____ ・ない

その病名は？

(_____)

5. 現在他の病気で通院をしていますか？ _____ ・ある _____ ・ない

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 _____ ・ない

7. 今までに使った薬で具合が悪くなったことが _____ ・ある _____ ・ない

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します。

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 (_____) |
|---------|--------|------|----------------|