

問診表

令和 年 月 日

ふりがな		男		大正・昭和・平成・令和
氏名		・	生年月日	年 月 日
		女		(歳)
住所	〒 ー			
電話番号		携帯電話		

該当する物に☑チェックもしくは記入をしてください。

①今日はどうなことでお困りですか？

・いつからですか？

(日前・ 週間前・ ヶ月前)から

・どちらの眼ですか？

右 左 両方 その他()

・どうされましたか？

赤い めやに 痛い ごろごろする 腫れた かゆい なみだ 目が乾く 目が疲れる

見にくい(遠く・近く) かすむ まぶしい 暗い ゆがんで見える 物が二重に見える

その他()

メガネ作製

コンタクトレンズ希望

(・コンタクトを使用した事がありますか？ 初めて 使用している 使用した事がある)

学校診断・健康診断・人間ドッグで異常を指摘された(結果・書類を受付にご提示ください)

②普段コンタクトレンズを使用していますか？ はい いいえ

③治療中の体の病気はありますか？ ない ある

高血圧 糖尿病 HbA1c() その他()

④いつも飲んでいるお薬はありますか？ ない ある

⑤眼科での手術歴はありますか？ ない ある

・いつ頃() ・手術名() ・病院名()

⑥体に合わないお薬・感染症などがありますか？ ない ある

薬() アルコールアレルギー 肝炎 梅毒 その他()

⑦本日お車やバイクの運転をしますか？ いいえ はい

⑧女性の方へ 妊娠中あるいは授乳中ですか？ いいえ 妊娠中 授乳中 不明

⑨どのようにこちらの眼科を知りましたか？

ホームページ 看板 知人の紹介 チラシ 通りがかり その他()

医療機関からの紹介(医療機関名:)