

問診票

記入日 年 月 日

フリガナ 氏名 _____	性別 (男 ・ 女) _____
生年月日 _____ 年 月 日	年齢 _____ 職業 _____
住所 _____	電話番号 _____

1. 今日はどうなさいましたか。あてはまるものにチェックを入れてください。
 下記に示す症状が _____ (日・週間・か月・年) 前からある
 どちらの目でしょうか? (右目 ・ 左目 ・ 両目)

目が痛い 目が腫れた できもの 目がかわく 目がかゆい 目が疲れる
 目が赤い/充血した 目やにが出る 涙が出る ゴロゴロする 見えにくい
 ゆがんで見える 糸くずのようなものが見える 物が2つに見える 視線がずれる
 人間ドッグや検診、学校検診で異常を指摘された
 メガネ、コンタクトレンズを作りたい→コンタクトレンズは初めてですか (はい ・ いいえ)
 その他 具体的にお書きください (_____)

2. 今までに目の病気や手術を受けたことが (ある ・ ない)
 「ある」とお答えの方 病名 (_____)

3. 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください。
 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎疾患 ・ 喘息 ・ その他 (_____)

4. 現在内服中の薬が (ある ・ ない)。
 「ある」とお答えの方 薬の名前 (_____)

5. 今までにくすりや注射で具合が悪くなったことが (ある ・ ない)。
 「ある」とお答えの方 薬剤名 (_____)

6. 本日の来院方法を教えてください。
 徒歩 (自転車) ・ 公共交通機関 (バスやタクシーなど) ・ 車 (バイク) の運転 ・ その他

7. 自覚症状・検査所見によっては 散瞳 (瞳を広げる) 検査 を要します。半日程度見え方がまぶしく、ピンぼけになります。よろしいですか?
 承知しました ・ 相談したい

7. 女性の方へ。現在、妊娠中あるいは妊娠の可能性、または授乳中ですか?
 いいえ ・ はい 妊娠中 ・ 妊娠の可能性あり ・ 授乳中

8. お身体に不自由なところがありますか?
 いいえ ・ はい 耳 ・ 足 (車いす・杖) ・ 手 ・ 言葉

9. コンタクトレンズを使用していますか? 本日、 (着けている ・ 着けていない)

※ 初めて来院された方へ 当院をどのようにしてお知りになりましたか?
 ・ ホームページを見て ・ 知人からのご紹介 ・ 近所だから ・ 看板を見て ・ 通りがかり
 ・ その他 (_____)

ご協力ありがとうございました