問 診 票

フリガナ		性別	生年月日	大 ・ 昭 ・ 平
氏名		男・女		年 月 日 (歳)
住所	〒 －			
電話番号	－ －	携帯番号		－ －

1．いつからお困りですか	2．発症原因に心当たりはありますか
[ ] 頃から	[ ]
3．どちらの眼ですか	4．本日は診察後に車・バイクなどの運転をしますか
□ 両眼 □右眼 □左眼	□ いいえ □ はい

5．どのような症状ですか

□ 痛み □ かゆみ □ 充血 □ 目ヤニ □ 涙目
□ 違和感 □ 腫れ □ 疲れ目 □ 乾燥感 □ 視力低下
□ 打撲 □ 糸のようなものが見える □ 眼鏡処方希望
□ 学校健診で指摘（ 視力低下 ・ 斜視 ・ 色覚異常 ・ その他 ）
□ その他 /症状について詳しくお書き下さい
（ ）

この症状で、治療を受けたことはありますか
□ いいえ
□ はい（内容： ）

※症状によっては瞳を開く場合があります、本日可能ですか（数時間ぼやけてしまいます）
□ いいえ □ はい

今までに下記の病気、その他入院・手術を必要とする病気にかかったことはありますか

□ 高血圧 □ 心臓病 □ 腎臓病 □ 糖尿病 □ 喘息 □アトピー
□ 屈折矯正手術（レーシックなど） □ 緑内障 □ 白内障 □ 網膜剥離 □ 花粉症
□ その他（ ）
※その病気の治療を受けたことはありますか
□ いいえ
□ はい（内容： ）

現在内服している薬はありますか
□ いいえ
□ はい（ お薬手帳：□あり □なし ）
内服している薬［ ］

眼鏡、コンタクトレンズを使用していますか

□ いいえ □ はい （ □ 眼鏡 □ コンタクトレンズ ）
※はいと答えた方
コンタクトレンズの種類 □ ソフト □ ハード □使い捨て（ 1日 ・ 2週間 ・ 1ヶ月 ）
コンタクトレンズの購入先 □ 眼科 □ コンタクト量販店 □ ネット □ その他

薬や食べ物のアレルギーはありますか

□ いいえ □ はい （ ）

女性の方のみお答え下さい

※妊娠中ですか： □ いいえ □ はい □可能性がある（妊娠 週目）
※授乳中ですか： □ いいえ □ はい （出産予定日 年 月 日）

緊急に連絡が取りたいとき、記載して頂いた電話番号に連絡してもよろしいでしょうか
□ いいえ
□ はい [□ 自宅 □ 携帯 □ その他（ － － ）]

ご記入ありがとうございました。 新川まえだ眼科