

問 診 票

なまえ (ひらがな) _____ 年齢 _____ 才 (学年 _____)

電話番号 _____ 携帯番号 _____

住所 _____ 郵便番号 _____

◆今日はどうされましたか？

- ◎ (右 ・ 左 ・ 両) 眼が いつから (_____)
充血 ・ かゆみ ・ めやに ・ コロコロ ・ ショボ`ショボ` ・ 痛み ・ かすみ
飛蚊症 ・ 疲れ ・ 見えにくい ・ 検診希望 (具体的に : _____)
- ◎ コンタクトを作りたい (初めて ・ 過去に使用 ・ 現在も使用)
- ◎ 眼鏡を作りたい (使用目的 : _____ 職業 : _____)

◆普段は眼鏡を使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

(種類 : 遠用 ・ 近用 (老眼) ・ 遠近 ・ 中近 ・ 近近 ・ 不明)

◆普段はコンタクトレンズを使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

(種類 : ハード ・ 1日使い捨て ・ 2週間使い捨て ・ 従来型ソフト)

◆今までに眼の病気を指摘されたり、手術をされたことはありますか？

あれば (_____)

◆下記にあてはまるものはありますか？ (あてはまる ・ あてはまらない)

あてはまる物があれば○をつけてください。

- | | |
|------------------------------------|---|
| 心臓病 ・ 不整脈 ・ 高血圧 ・ 糖尿病 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大 |) |
| 高脂血症 ・ 胃潰瘍 ・ その他 (具体的に : _____) |) |
| 食べ物に対するアレルギー (具体的に : _____) |) |
| 妊娠中 (_____ カ月) ・ 授乳中 |) |

◆他の科でもらっている内服薬の名前がわかれば書いてください。

(名前 : _____ ・ 不明)

◆お薬等で副作用が出たことはありますか？ (はい ・ いいえ)

症状は？ (_____)
薬の名前 (_____)

◆今日は 車 か バイク を運転して来られましたか？ (はい ・ いいえ)