

お手数ですがご記入を  
お願いいたします。

# 問診表

フリガナ		生年 月日	大正 昭和 平成	年	月	日
お名前	様 男・女			(		歳)
ご住所	〒 —	電話 番号	(自宅)	—	—	
			(携帯)	—	—	

## ■ 本日は、どのような理由で来院されましたか？

いつ頃からですか？	・本日 ・ 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・ 年前
どちらの目ですか？	・両目(右から ・ 左から ・ 同時に) ・右目 ・左目
どのような症状ですか？ (該当項目に○をつけて ください)	1、見えにくい 2、目が赤い 3、目ヤニが出る 4、痛い 5、ごろごろする 6、涙が出る 7、かゆい 8、かすむ 9、まぶしい 10、乾く 11、目が疲れる 12、重たい感じがする 13、黒いものが飛んで見える 14、視野が欠ける 15、ゆがんで見える 16、眼鏡・コンタクトレンズ希望 17、健診で勧められた 18、その他( )
今までに目の病気や手術を したことがありますか？	・ない ・ある( )
屈折矯正手術を受けたことが ありますか？	・いいえ ・はい
今までにかかったことのある 病気はありますか？	・ない ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・不整脈 ・喘息 ・アトピー性皮膚炎 ・脳疾患 ・肝疾患 ・腎疾患 ・高脂血症 ・その他( ) ・花粉症 (→ アレルギー検査を希望される方はお伝え下さい)
現在、かかっている病院・医 院はありますか？	・ない ・ある(病医院名: )
現在、使用中的なお薬はありま すか？	・ない ・ある(薬品名: )
今までに薬や食物でアレルギー を起こしたことはありま すか？	・ない ・ある(原因: ) (症状: ・気分不良 ・皮膚の発疹 ・ショック ・その他 )
どのようにして当院を知りまし たか？	・通りすがり ・知人に聞いて ・医師紹介 ・ホームページ ・看板 ・広告 ・その他( )
現在、めがね又はコンタクトレ ンズを使用していますか？	・はい ・いいえ ・本日もコンタクトレンズを装用している 【種類】→ ・2WEEK ・1day ・ハード ・その他( )
本日の交通手段は？	・徒歩 ・自転車 ・車(運転は 自分・家族) ・電車 ・バス ・その他( )
目に関するサプリメントがあれば 相談したいですか？	・はい ・いいえ

現在、妊娠していますか？ ( はい ( ヶ月) ・ いいえ ・ 妊娠の可能性がある)

現在、授乳していますか？ ( はい ・ いいえ )