

問 診 票

フリガナ	住所 〒
氏名	男 女
生年月日 大・昭・平 年 月 日 才	電話 携帯
	e-mail @

<当院を、お知りになったのは？>

電話帳 インターネット（スマートフォン・パソコン） 家族の紹介 友人の紹介
 駅看板 電柱看板 救急医療センター その他（ ）

1. 今日はどうなさいましたか？

- ・見えにくい（視力が落ちた） 【右・左・両】 ・メガネ処方希望
- ・目が痛い 【右・左・両】 ・コンタクトレンズ処方希望
- ・ゴロゴロする 【右・左・両】 ・その他
- ・目がかゆい 【右・左・両】
- ・目が赤くなった 【右・左・両】
- ・メヤニが出る 【右・左・両】
- ・涙っぽい 【右・左・両】
- ・目にゴミが入った 【右・左・両】
- ・まぶたがはれた、何かできた 【右・左・両】
- ・黒いものが見える 【右・左・両】
- ・目が乾く 【右・左・両】
- ・目が疲れる 【右・左・両】
- ・まつ毛の育毛 【希望する】

現在ご使用のコンタクトレンズのデータ

メーカー（ジョンソン・クーバー・シード・
ボシュロム・アルコン・メニコン・不明）

レンズ名（ ）

データ

右）BC（ ）PWR（ ）

左）BC（ ）PWR（ ）

2. その症状は、いつ頃からですか？ （ ）

3. 今までに薬を使用して何か異常があったことが ない ・ ある（ ）

4. コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ ・ はい（ハード・ソフト・使い捨て）

5. 今までに眼の病気にかかったことがありますか？ ない ・ ある
 「ある」と答えた方へ 病名（ ） 診療所（ ）

6. 今までに眼・まぶたの手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある
 「ある」と答えた方へ （ 右・左 手術名_____ 約_____年前）

7. 現在の病気は？ ない 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他（ ）

女性の方へ

- ・妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある（ 月）
- ・授乳中ですか？ いいえ ・ はい