

問 診 票

フリガナ() 大・昭・平
氏名() 生年月日 年 月 日 年齢 歳 (男・女)

〒□□□□-□□□□

電話番号(自宅) _____

住所 _____ (携帯) _____

■本日はどのような事でいらっしゃいましたか？(症状など詳しくご記入ください)

{ _____ }

■どちらの目の症状ですか？(右 ・ 左 ・ 両眼)

■いつからですか？(分かる範囲で結構です)→(_____ から ・ わからない)

■眼鏡を使用していますか？(はい ・ いいえ)

→お持ちの眼鏡の種類 (遠くを見る用 ・ 老眼鏡 ・ 遠近両用 ・ わからない)

■眼鏡作成のご希望はありますか？(はい ・ いいえ)

■コンタクトを使用していますか？ (はい ・ いいえ)→「はい」と答えた方は下記質問にお答えください

・コンタクトの種類(使い捨てソフト(1日・2週間・1ヶ月) ・ 使い捨てでないソフト ・ ハードコンタクト)

・コンタクトの使用頻度 (毎日 ・ 週に__日程度)

・本日はコンタクトを装用し来院されていますか？ (はい ・ いいえ)

■本日はご自身で運転されていますか？(※車・バイク・自転車も含む)→(はい ・ いいえ)

■症状によっては「眼底検査」をします。4～5時間見づらくなりますので、見え方が元に戻るまで運転は危険です。本日も必要になった場合、検査を受ける事は可能ですか？→(はい ・ いいえ)

(※詳しくは受付におたずね下さい。)

■今までに目の手術や眼科通院はありますか？ (分かる範囲でご記入ください) 特にない

(_____)

■今までに以下の病気やけがはありますか？ 特にない

高血圧 心臓病(狭心症 ・ 心筋梗塞 ・ 不整脈 ・ 心不全) 脳血管障害(脳梗塞 ・ 脳出血)

糖尿病(手帳 有・無) 慢性閉塞性肺疾患(COPD) 脂質異常症 ぜんそく 花粉症 アトピー

薬によるアレルギー (_____) その他のアレルギー(_____)

その他(_____)

■現在次の様なことはありますか？→(風邪・発熱・花粉症・ストレス・妊娠・授乳中) 特にない