

## 問 診 票

年 月 日

ふりがな				( 男 ・ 女 )		
氏 名						
生年月日	大・昭・平・令	年	月	日	年齢	才
住 所	〒 -					
電 話	携帯	-	-	自宅	-	

1. 今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んで下さい。
- ・見えにくい (右・左) ・眼の疲れ (右・左) ・何か飛んで見える (右・左)
  - 上記○された方、メガネ使用 (無・有→メガネの種類～遠方・老眼・遠近・その他)
  - ・眼が痛い (右・左) ・眼がかわく (右・左) ・眼がかゆい (右・左)
  - ・目やに (右・左) ・眼の充血 (右・左) ・涙が多い (右・左)
  - ・異物感 (右・左) その他 ( )
- 以上のようなことが \_\_\_\_\_ ( 日・週間・ヶ月・年 ) 前からある。
- ・検診で ( ) と言われた。
  - ・メガネ作成希望 ・コンタクトレンズ作成希望 (使用歴 有 ・ 無 )
- .....
- .....
- .....
- .....
2. 今までに眼の病気にかかったことが ( ある ・ ない )
- 「ある」とお答えの方 病 名 ( )
- 病院名 ( )
3. レーシック手術を受けたことがありますか。 ( はい \_\_\_\_\_ 年 ・ いいえ )
4. コンタクトレンズをご使用ですか。 ( はい→本日装着 有 ・ 無 ・ いいえ )
5. 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んで下さい。
- ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・胃十二指腸潰瘍 ・喘息 ・鼻炎 ・アトピー
  - ・その他 ( )
6. 薬や注射・食べ物で具合が悪くなったことが ( ある ・ ない )
- 「ある」とお答えの方 薬剤名 ( ) 食品名 ( )
7. 車の運転をしますか。 ( はい・いいえ ) ( 次回免許更新 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 )
8. 女性の方のみ、お答え下さい。妊娠又は授乳をしていますか。
- ( はい ・ いいえ ) ( 妊娠 \_\_\_\_\_ ヶ月 )
9. 医師の希望はありますか。 ( いいえ ・ はい → 健士医師・祥代医師 )
- \*手術日等で、ご希望に添えないこともあります。
10. 当院をどのようにしてお知りになりましたか。
- ・知人・家族の紹介 ・眼鏡店の紹介 ・看板
  - ・ホームページ ・その他 ( )