

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 (使用歴のない方は対応できません)

.....

.....

.....

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 ()