

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
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つたことが(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 ケ月)
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られましたか。
- ・知人・家族の紹介 ・眼鏡店の紹介 ・看板
 - ・ホームページ その他()