

問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	住所	〒
氏 名				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才		電 話	()
右の欄は よろしければ ご記入ください	携帯電話		メール アドレス	@

① 今日はどうなさいましたか？該当する番号と[]内の右・左・両を○で囲んでください

①見えにくい(視力がおちた) [右・左・両]	⑪黒いものが見える [右・左・両]
②眼が痛い [右・左・両]	⑫眼がかわく [右・左・両]
③ゴロゴロする(異物感がある) [右・左・両]	⑬眼が疲れる [右・左・両]
④眼がかゆい [右・左・両]	⑭メガネを作りたい
⑤眼が赤くなった [右・左・両]	⑮コンタクトを作りたい
⑥眼やにが出る [右・左・両]	○今までにコンタクトは a. 初めて b. 使用中 (ソフト・ハード)
⑦涙っぽい [右・左・両]	○b. 使用中と答えた方へ、今日は a. 定期検査 b. 紛失
⑧眼にゴミが入った [右・左・両]	c. 破損 d. 古くなったので作りかえたい
⑨まぶたがはれた [右・左・両]	⑯その他 []
⑩まぶたに何かできた [右・左・両]	

② ①でお答えいただいた症状はいつ頃からですか？ []

③ 今まで眼の病気にかかったことがある方は、その病名と時期、診療所を教えてください
 ある ない
 病名[] いつ頃[] 診療所[]

④ 既往歴を教えてください ある ない
 高血圧 (/) ・ 糖尿病 (HbA1c %) ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 鼻炎 ・ 肝炎
 その他[]
 一番最近受診した内科検診日を教えてください 年 月 日 ・ 受けてない ・ わからない

⑤ 今までにアレルギーと言われたことが ある[] ない

⑥ 特に薬のアレルギーがありますか ある[] ない