

## 問診票

フリガナ		男 ・ 女	電話番号	
氏名			携帯番号	
			職業	
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)			
住所	〒			

- 1) どうなさいましたか 右眼 左眼 両眼  
視力低下 目がかすむ 目が赤い 黒いものが飛ぶ 目が疲れる  
ものが二重に見える 目やにが出る ゴロゴロする 目がかゆい 目が乾く  
健康診断で薦められた 眼鏡処方箋 コンタクト処方箋 その他

→コンタクトを使用中の方にお尋ねします

①コンタクト使用歴: 年

②現在使用中のコンタクト名: ( )

③度数 右: 左: B C : D I A :

- 2) いつ頃からですか( )前より

- 3) 本日、車やバイク、自転車など乗り物の運転予定はありますか ない ある

- 4) これまで眼科へ通っていましたか いいえ はい

→はい、とお答えした方にお尋ねします

①病 院 名: ( )

②病 名: ( )

③処 方 薬: ( )

④今使用中の目薬: ( )

- 5) 眼科の手術（レーシックなど）を受けたことがありますか いいえ はい

→はい、とお答えした方にお尋ねします手術の内容: ( )

- 6) 次の病気にかかったことがありますか いいえ はい

→はい、とお答えした方にお尋ねします

高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 リウマチ

脳卒中/脳腫瘍

- 7) 現在服用中の薬はありますか いいえ はい

→はい、とお答えした方にお尋ねします薬名: ( )

- 8) 目薬や飲み薬、注射で異常が起こったことがありますか いいえ はい

→はい、とお答えした方にお尋ねします薬名: ( )

- 9) 現在、妊娠中または授乳中ですか いいえ 妊娠中 授乳中

- 10) 何を見て来院されましたか

知人/家族からの紹介 眼鏡店からの紹介 薬局からの紹介 看板 チラシ ホームページ

その他 ( )