

# 問診票

NO.

令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生年月日	大正・昭和 年 月 日 ( )歳 平成・令和			
ご氏名								
ご住所	〒 - -			お電話番号	携帯 : - -			
	アパート・マンション名 号室				ご自宅 : - -			

当院からお知らせや健康に関する情報等に関り、患者様の上記個人情報先へ送信することがあります。ご承知いただけない場合は口欄へのチェックをお願いします。 送信を許可しない

※ アンケートにご協力をお願いします。

・当院をなにでお知りになりましたか。

- google マップ( 口コミ )  ホームページ( スマホ・パソコン )  ビル看板  
 SNS( Instagram・YouTube・他 )  ご紹介 ( 家族・知人、友人・医療機関 )  
 当院までの交通手段  徒歩  自転車  バイク  車  電車( 小田急・相鉄・市営地下鉄 )  バス

1, 症状はいつ頃からですか? ( )から

2, 気になる症状に○、どちらの眼に症状があるかに○をお付けください。

- ・ 充血 [ 右・左 ]
- ・ 見えづらい [ 右・左 ](近く・遠く・目の症状で)
- ・ めやに [ 右・左 ]( 朝のみ・日中も )
- ・ まぶしい [ 右・左 ]
- ・ かゆい [ 右・左 ]( まぶた・眼の中 )
- ・ 何か飛んで見える [ 右・左 ]
- ・ ごろごろ [ 右・左 ]
- ・ 他眼科からの紹介 ( 斜視・弱視・その他 )
- ・ 痛い [ 右・左 ]( 表面・奥(頭の方) ) [ ]眼科
- ・ 腫れている [ 右・左 ]( まぶた・白目 )
- ・ 小児科からの紹介 ( 斜視・弱視・その他 )
- ・ コンタクトを作りたい [ 未経験・ソフトコンタクトレンズ・ハードコンタクトレンズ( 破損・紛失 )・その他 ]
- ・ メガネを作りたい [ 未経験・度数変更 ]
- ・ その他 [ ]

3, 必ずご記入ください。

- ・ くすりで異常が出たことが [ ない・ある ]
- ( 薬品名 : )
- ( 症状 : )
- ・ 目の病気をされたことが [ ない・ある ] 白内障・緑内障・網膜剥離・外傷
- ( その他 : )
- 手術歴 [ 右( 西暦 年 月 日 ) 病院名 ( )  
左( 西暦 年 月 日 ) 病院名 ( )
- ・ 現在、お体のご病気は [ ない・ある ] 糖尿病・心臓病・高血圧・ぜんそく
- ( その他 : )
- ・ レーシック・角膜手術の経験 [ ない・ある ] 手術日( 西暦 年 月 日 )  
病院名 ( )
- ・ 現在、妊娠の可能性が [ ない・ある ] 妊娠 ( ) 週・か月
- ・ 現在、赤ちゃんに授乳して [ ない・ある ] お子さまの年齢 ( )か月

4, コンタクトレンズ・メガネについて

- ・ 本日、コンタクトレンズを装着して [ いない(裸眼)・いる ]
- ・ 本日、メガネを持参して [ いない・いる ]
- ・ コンタクトレンズ使用経験が [ ない・ある ( 現在使用している・以前使用していた ) ]
- ・ コンタクトレンズの種類 [ ソフトコンタクトレンズ(1DAY・2W)・ハードコンタクトレンズ・その他 ]