

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 平成・令和			年	月	日 ()歳
ご氏名									
〒	-				お電話 番号	携帯(必須): - - ☆緊急時にご連絡させていただく場合がございます			
ご住所	アパート・マンション名		号室			緊急連絡先: - - (続柄 :)			

当院からお知らせや健康に関する情報等に関し、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□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(コミ) ホームページ(スマホ・パソコン) ビル看板

SNS(Instagram・YouTube・その他) 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

・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)]

・本日、コンタクトレンズを装用して [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]