

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(必須): - - ☆緊急時にご連絡させていただく場合がございます	
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限り、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□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。

- ・当院をなにご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・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)
- ・ 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]