

# 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					
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, 本日、気になる症状をご記入ください

どちらの眼に、どのような症状があるか、今もその症状は続いているか、を詳しくご記入ください

例) 2日前から、右眼のまぶたが腫れている。今も続いている。

例) 1週間前に、両眼に充血があり〇〇眼科を受診し、〇〇点眼薬を処方されたが、よくなる。

- ・眼科受診指示 [ 学校健診 ( アレルギー性結膜炎 視力低下 ) 健康診断 ]
- ・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 ]

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 ]