

問 診 票 ご協力ありがとうございます

記入日 年 月 日

フリガナ お名前		生年月日	年	月	日
ご住所	〒 -				
電話番号	携帯： - -	自宅： - -			

当てはまる項目に○をつけてください

1.本日の眼の症状 (右 左 両) (年 月 日) から 赤い(充血) かゆい 痛い めやにが出る 涙が出る 乾く 疲れる 腫れている、できものがある ごろつく 見えづらくなった (急に 徐々に) まぶしい 二重に見える ゆがんで見える 何か飛んで見える 検診で指摘された メガネを作りたい コンタクトレンズを作りたい その他 ()
2.メガネを使用していますか? いいえ はい 遠用 近用(読書用) 遠近両用
3.コンタクトレンズを使用していますか? いいえ はい ハードレンズ ソフトレンズ (従来型 1日交換 2週間交換 1か月交換 その他)
4.眼科手術をされたことはありますか? いいえ はい (右 左 両) 白内障 緑内障 硝子体 屈折矯正 (レーシック ICL) レーザー その他 ()
5.眼内注射をされたことはありますか? いいえ はい (右 左 両)
6.既往歴はありますか? 高血圧 糖尿病 脳疾患 心疾患 (不整脈 ペースメーカー その他) 腎疾患 肝疾患 甲状腺疾患 リウマチ 悪性腫瘍 帯状疱疹(ヘルペス) 喘息 花粉症 アトピー その他 () かかっている医療機関名 ()
7.使用中のお薬はありますか? いいえ はい () ※お薬手帳をお持ちでしたら記載は不要です。問診時にご提示下さい
8.お薬、注射、食べ物のアレルギーはありますか? いいえ はい ()
9.現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください (妊娠中 授乳中)