

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) | |
| 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.いつからですか? (年 月 日) から | |
| 3.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) |
| 4.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 使い捨てレンズ) |
| 5.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 レーシック その他 () | |
| 6.レーザー治療をされたことはありますか? | いいえ はい (右 左 両) |
| 後発白内障 糖尿病網膜症 網膜裂孔・剥離 網膜静脈閉塞症 緑内障 その他 () | |
| 7.眼内注射をされたことはありますか? | いいえ はい (右: 回 左: 回) |
| 加齢黄斑変性症 網膜静脈閉塞症 糖尿病網膜症 近視性脈絡膜新生血管 | |
| 8.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 () | |
| 9.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 | |
| 10.お薬、注射、食べ物のアレルギーはありますか? | いいえ はい () |
| 11.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) |