

# 問診票

来院日 年 月 日 ( : )

フリガナ		男女	連絡先 電話	
名前				
生年月日	大正・昭和・平成・令和 年 月 日	勤務先 学校名	電話	
住所	〒			

## ◆本日はどうされましたか？

○ ( ・みぎ眼 ・ひだり眼 ・両眼 ) が いつから( 前から )

- ・赤い ・めやに ・いたい ・かゆい ・はれ ・コロコロ ・かわく
- ・かすむ ・疲れる ・見えにくい ・飛蚊症 ・二つに見える ・涙がでる
- ・その他 ( )

○コンタクトレンズをしていますか？

→現在使っていますか？何を使っていますか？

- ・ハード ・1day使い捨て ・2week使い捨て ・使い捨てでないソフトコンタクトレンズ

○コンタクトレンズを作りたい ( ・初めて ・過去に使用 ・現在使用中 )

→現在使用中の方は何を使っていますか？

- ・ハード ・1day使い捨て ・2week使い捨て ・使い捨てでないソフトコンタクトレンズ

○メガネを作りたい

→どんな時に使用したいですか？ ( )

○普段メガネを使用していますか？ ( ・はい ・いいえ )

→どのタイプですか？ ( ・遠用 ・近用(老眼鏡) ・遠近両用 ・わからない )

◆下記にあてはまることがありますか？ ( ・ある ・ない )

- ・糖尿病 ・高血圧 ・高脂血症 ・喘息 ・花粉症 ・心臓病 ・不整脈 ・前立腺肥大
- ・腎臓病 ・胃潰瘍 ・骨粗鬆症 ・その他( )

→他の病院でもらっている薬や、注射があれば教えてください

( )

★女性の方に質問です

→・妊娠の可能性 ( ・あり ・なし ) ・妊娠中( か月) ・授乳中

◆お薬や食べ物でアレルギーがでたことがありますか？ ( ・ある ・ない )

→ある方 ・何に ( ) ・どんな症状 ( )

◆今まで目の病気や、手術をしたことはありますか？ ( ・ある ・ない )

→ある方 ( 病気： 手術： いつ： )

◆今日は車やバイクを運転して来られましたか？ ( ・はい ・いいえ )

◆その他、なにかございましたらご記入ください

---

---

---