

# 【 問診票 】

大正 昭和

※ふりがな

男 ・ 女

平成 令和

年

月

日生

※お名前

※自宅番号

〒

※ご住所

※携帯番号

今日は何を見て来院されましたか？

知人からの紹介

ホームページ

看板

ららぽーと従業員

家族からの紹介

コンタクトレンズ店からの紹介

その他 (

どのような症状ですか？

[ 右眼 ・ 左目 ・ 両目 ] が (いつから?)

当てはまるものを○で囲ってください。

① 痛い

⑤かゆい

⑨何か飛んで見える (飛蚊症)

② 充血

⑥目ヤニ

⑩ [ 白内障 ・ 緑内障 ・ 糖尿病 ] の検診希望

③ 見えにくい

⑦腫れ

⑪ [ 学校検診 ・ 健康診断 ] で受診をすすめられた

④ 眼鏡を作りたい

⑧コンタクトレンズを作りたい

その他

現在、眼鏡はお使いですか？

利用 ( なし ・ あり )

遠くを見る用

老眼鏡

遠近両用

現在、コンタクトレンズはご利用ですか？

利用 ( なし ・ あり )

一日使い捨て 定期交換 (2WEEK・1M) ソフト (使い捨てでないもの) ハード

ご利用ありの方、本日は装着されていますか？ ( いいえ ・ はい )

わかる範囲でご利用レンズの種類・度数を記入してください。(

眼鏡希望の方

※今回ご希望の眼鏡の種類は何ですか？

遠くを見る用

老眼鏡

遠近両用

現在治療中の病気はありますか？

なし ・ あり

糖尿病

高血圧

心臓疾患

喘息

アレルギー

アトピー

(その他

現在使用しているお薬はありますか？

なし ・ あり (薬名

今まで眼科にかかれたことはありますか？

なし ・ あり

いつ頃

どんな症状で?

女性の方、現在妊娠・授乳されていますか？

いいえ ・ はい

(妊娠

ヶ月

・ 授乳中)

ご自身で車・バイクを運転してきましたか？

いいえ ・ はい

当院では診察前に屈折 (視力) 検査を行わせていただきます