

# 問 診 票

お手数ですが、ご記入頂けますでしょうか。

(フリガナ)  
-----

お名前 \_\_\_\_\_ 男 ・ 女 \_\_\_\_\_

生年月日 大正・昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_ 電話番号 \_\_\_\_\_

## 1.このたびはどういうことで来院されましたか？

- |   |  |                                   |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 物が見えにくい ( 急に・徐々に ) | <input type="checkbox"/> 目がかゆい         | <input type="checkbox"/> 目が赤い     |
| <input type="checkbox"/> 目やにがでる             | <input type="checkbox"/> 目が痛い          | <input type="checkbox"/> 涙がでる     |
| <input type="checkbox"/> 目が乾く               | <input type="checkbox"/> 物がかすむ         | <input type="checkbox"/> 目が疲れる    |
| <input type="checkbox"/> ものが入った             | <input type="checkbox"/> コロコロする        | <input type="checkbox"/> 物が飛んで見える |
| <input type="checkbox"/> ゆがんで見える            | <input type="checkbox"/> 目が腫れた         | <input type="checkbox"/> 二重に見える   |
| <input type="checkbox"/> メガネを作りたい           | <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい |                                   |
| <input type="checkbox"/> 検診希望               | <input type="checkbox"/> その他           |                                   |

## 2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

( \_\_\_\_\_ 日前から、 \_\_\_\_\_ ヶ月前から、 \_\_\_\_\_ 年前から ) ( 右目 ・ 左目 ・ 両方 )

## 3.今までに目の病気をされたことがありますか？

( はい ・ いいえ ) ( 病名 : \_\_\_\_\_ 眼科名 : \_\_\_\_\_ )

現在、当院以外に通院中の眼科はありますか？⇒ ( ある ( \_\_\_\_\_ 眼科 ) ・ ない )

現在、使用中の目薬はありますか？ ⇒ ( ある ・ ない )

目薬の名前 [ \_\_\_\_\_ ]

## 4.今までに以下のような病気を指摘されたことはありますか？

- |                                |  |                              |                              |                                   |                             |
|--------------------------------|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> なし    | <input type="checkbox"/> 高血圧           | <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 心臓病 | <input type="checkbox"/> 腎臓病      | <input type="checkbox"/> 結核 |
| <input type="checkbox"/> 高脂血症  | <input type="checkbox"/> リウマチ          | <input type="checkbox"/> 喘息  | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 |                             |
| <input type="checkbox"/> 前立腺肥大 | <input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |                              |                              |                                   |                             |

## 5.今現在、かかりつけの病気及び医院はありますか？

( はい ・ いいえ ) ( 病名 : \_\_\_\_\_ 医院名 : \_\_\_\_\_ )

## 6.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

( はい ・ いいえ ) はいの場合 : 種類と症状

## 7.普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )

## 8.家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

( はい ・ いいえ ) ( 病名 : \_\_\_\_\_ )

## 10.現在、飲んでいるお薬があれば教えて下さい。

( お薬の名前 : \_\_\_\_\_ )

## 11.特定健診の受診歴はありますか？

( はい ・ いいえ ) いつ頃ですか？ ( \_\_\_\_\_ )

## 12.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ ( はい ・ いいえ ) 授乳中ですか？ ( はい ・ いいえ )