

<問診票>

西暦 年 月 日

ふりがな

御名前 (男・女) 生年月日 年 月 日 (才)

〒 -

御住所 電話番号 - -

- ① 症状や来院の理由を選んでください。(右眼 ・ 左眼 ・ 両眼)
- | | | |
|--|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 見えにくい(遠く・近く) | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> 目やにがでる |
| <input type="checkbox"/> かすむ | <input type="checkbox"/> かゆい | <input type="checkbox"/> 異物が入った |
| <input type="checkbox"/> 疲れる | <input type="checkbox"/> 腫れ | <input type="checkbox"/> ぶつけた |
| <input type="checkbox"/> 何かが飛んでいる | <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> ごろごろする |
| <input type="checkbox"/> 物がゆがんで見える | <input type="checkbox"/> 涙っぽい | <input type="checkbox"/> 乾く |
| <input type="checkbox"/> 物が二重に見える | <input type="checkbox"/> メガネ、コンタクトレンズを作りたい | |
| <input type="checkbox"/> 学校健診で受診を勧められた | <input type="checkbox"/> 人間ドック等の結果で受診を勧められた | |
| <input type="checkbox"/> 紹介状持参 | | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | | |
- ② 症状がでたのはいつからですか?具体的に () から
- ③ コンタクトレンズを使用していますか?
 ない ある ⇒ (ソフト ・ ハード ・ 使い捨て)
- ④ 今まで目の病気をしたことがありますか?
 ない ある ⇒ 病名 () 病院名 ()
- ⑤ 今までに以下の病気にかかった事がありますか?
 ない ある ⇒ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病
アレルギー疾患 (花粉症 ・ 鼻炎 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎)
その他 具体的に ()
- ⑥ 今まで、のみ薬・目薬・注射薬などで具合が悪くなったり発疹がでたりしたことがありますか?
 ない ある ⇒ 薬品名 ()
- ⑦ 屈折矯正治療 (LASIK ・ PRK など) を受けられていますか?
 はい いいえ
- ⑧ 女性のみ現在、妊娠中ですか? (妊娠の可能性でも、はいと答え下さい)
 はい いいえ (週目) 授乳中
- ⑨ その他、医師に知らせておきたいことやご要望がありましたらお書き下さい。
- ⑩ 診察医師の御希望はありますか? ない ある ⇒ 院長 ・ 副院長