

眼科問診票

記入日 年 月 日

ふりがな	男	生年月日	大 昭 平 令
氏名	女		年 月 日 (歳)
住所 〒			自宅 :
			携帯電話 :

※眼鏡・コンタクトは完全予約制になっております。必ず来院して予約をしてください。

① いつから症状がありますか？ 月 日から(日・週・月前から)

② それはどちらの目ですか 右眼 左眼 両眼

③ どのような症状がありますか？ (○で囲んでください)

- ・かすむ、ぼやける ・見えづらい (遠く / 近く) ・まぶしい ・目が疲れる
- ・目が赤い (充血している) ・目がかゆい ・瞼腫れた ・目が痛い、ごろごろする
- ・メヤニでる ・物が二重に見える ・視野が欠ける ・歪んで見える ・目がかわく
- ・ゴミや虫が飛んで見える ・逆さまつ毛 ・まぶたが下がった ・視神経乳頭陥凹拡大
- ・検診や他院で受診勧められた (高血圧・糖尿病) ・学校 3歳児検診 ・手術相談/希望
その他 : ()

④ 眼鏡・コンタクトは使用してますか？ (○で囲んでください) ・何も使用していない

- ・眼鏡使用している (運転用 新聞等を読むとき使用 遠近両用)
- ・コンタクト使用している (1日使い捨て 2週間 ハード)

⑤ 今までに目の病気・その他治療・手術を受けたことがありますか？

はい ・ いいえ (どんな病気 :)

⑥ 現在、治療中の病気はありますか？ (○で囲んでください) ・いいえ

- ・高血圧 ・糖尿病 ・心臓病 ・腎臓病 ・喘息 ・アトピー ・花粉症 ・前立腺肥大
- (その他 :)
- (使用中の薬: あり / なし ・お薬手帳持参 あり / なし)

⑦ お薬・食べ物のアレルギーはありますか？ はい ・ いいえ

(薬剤名・食品名:)

⑧ タバコは吸いますか？ はい ・ いいえ ⑨ お酒は飲みますか？ はい ・ いいえ

⑩ 妊娠していますか？ はい ・ いいえ ・授乳中ですか？ はい ・ いいえ

⑪ 当院をどのようにしてお知りになりましたか？ (○で囲んでください)

- ・知人、家族 ・他院の紹介 () ・看板 ・鴻巣免許センター
- ・電話帳 ・家が近い ・インターネット検索 ・Facebook ・クッキーズ ・薬局の紹介
- ・学校、保育園幼稚園の紹介 ・メガネ店の紹介 ・久喜三田会/稲門会 ・その他 ()

⑫ ご興味あるものはありますか？ (○で囲んでください)

- ・緑内障早期発見(保険) ・アレルギー検査(採血)大人のみ可 ・点眼による近視抑振抑制
- ・オルソケラトロジー(近視進行抑制・自費診療) ・皮膚美容(自費診療)