

問診票

SCAN

保険証

記入日 年 月 日

ふりがな		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	大・昭・平	年 月 日 (歳)
住所	〒	電話	自宅	()
Email			携帯	()

1. 今日はどうなさいましたか？ あてはまるものにすべて✓をつけてください。特に気になる症状には○をしてください。
さい。 (□両眼 □右眼 □左眼) : いつ頃から症状がでましたか？ () 頃から

- 見えにくい かすむ 遠くが見づらい 近くが見づらい 部分的に見づらい 歪んで見える
涙がでる まぶしい 瞼の痙攣 まぶたが腫れた 黒目が白い 何か入った ぶつけた
眼が痛い 眼がかかわく 眼がつかれる ごろごろする 眼がかゆい 眼が赤い めやにが多い
ごみのようなものが飛んで見える ものが二重に見える 逆さまつ毛 まぶたが下がった
眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい 手術相談/希望 眼底検査希望
学校・3歳時検診後、眼科受診指示 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示
健康診断後、視神経乳頭陥凹拡大を指摘 健康診断後、その他 ()
その他 具体的にお書きください ()

2. 今まで眼鏡やコンタクトレンズを使用していましたか？

- 何も使用していない 眼鏡を使用している〔遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用〕
コンタクトレンズを使用している〔ソフト ハード 使い捨てレンズ〕

3. 今までに目の病気にかかった事や治療・手術を受けたことはありますか？

- いいえ はい (どんな病気でしたか：)

4. 現在治療中の病気はありますか？

- いいえ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 喘息 アトピー 胃・十二指腸潰瘍
その他 () ◆現在使用中の薬はありますか？薬剤名 ()

5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？

- いいえ はい (薬剤名・食品名：)

6. タバコは吸いますか？ 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

7. お酒は飲みますか？ 飲まない 飲む (種類、 1回 杯、毎日 時々 月2～3回)

8. 妊娠していますか？ いいえ はい (妊娠 ヶ月) 可能性あり 授乳中

9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- 知人・家族 (お名前： さま) の紹介 他院の紹介 () 看板
電話帳 家が近い インターネット検索 Facebook クッキーズ 学校・保育園・幼稚園の紹介
コンタクト店の紹介 メガネ店の紹介 薬局の紹介 久喜三田会/稲門会 その他 ()

10. ご興味あるものがありますか？ アレルギー原因の血液検査 (保険) 緑内障早期発見 (保険)

- 点眼による近視進行抑制 オルソケラトロジー (近視進行抑制・治療) 皮膚美容 (自費)