

問 診 票

ふりがな
お名前

男・女 大・昭・平・令 年 月 日生

住所 〒 -

携帯番号

電話番号

ご職業

緊急連絡先 氏名:

(続柄)

電話番号

① 今日はこちらの眼が気になりますか? ・右眼 ・左眼 ・両眼

② それはどのような症状ですか?

- ・かすみ目(霧視) ・近くが見えにくい ・遠くが見えにくい ・目が疲れる
- ・充血する ・かゆみ ・めやに ・異物感 ・眼痛 ・目が乾燥する
- ・涙が出る ・虫が飛んで見える ・光が見える ・歪んで見える ・二重に見える
- ・まぶたが腫れる ・まぶたが下がる ・頭痛 ・吐き気
- ・コンタクトレンズ処方の希望(初めて ・ 経験あり) ・メガネ処方希望
- ・その他 ()

③ いつ頃からですか? ()

④ ご自身で考えられる原因はありますか?

- ・ない ・ある ()

⑤ 現在他の眼科に通院中ですか?

- ・ない ・ある (眼科) (病名:)

⑥ 他の眼科で目の手術はしたことがありますか?

- ・ない ・ある (眼科) (病名:)

⑦ 現在使用している点眼薬、薬はありますか?

- ・ない ・ある (薬剤名:)

⑧ 現在、治療中の病気はありますか? ・ない ・ある

- ・糖尿病 (HbA1c %) ・高血圧 ・腎臓病 ・心臓病 ・リウマチ ・喘息
- ・アレルギー疾患 ・その他 ()

⑨ 薬や食品などで、じん麻疹などアレルギーを起こした事がありますか?

- ・ない ・ある ()

⑩ 女性の方で現在、妊娠中、授乳中または、妊娠の可能性はありますか?

- ・ない ・ある