

問診票

フリガナ

お名前 _____ 男性・女性 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

郵便番号 _____ ご住所 _____

お電話 ご自宅 _____ 携帯 _____ お勤め先・学校など _____

1 具合が悪いのはどちらの眼ですか？ いつからですか？

(右眼 左眼 両眼) (_____)

2 どのような症状ですか？

(_____)

3 今までに眼の病気を指摘されたことはありますか？

特になし ・ あり：ドライアイ 白内障 緑内障 眼底出血 糖尿病網膜症 黄斑変性 網膜裂孔
網膜剥離 ぶどう膜炎 斜視 弱視 その他 (_____)

4 眼の手術をうけたことがありますか？

いいえ ・ はい (病名： _____ 病院： _____)

5 現在 コンタクトレンズ または メガネ を使用していますか？

いいえ ・ はい → コンタクトレンズ (ソフト ・ ハード) (毎日 ・ 時々)
・メガネ (遠く用 ・ 近く用 ・ 遠近両用) (毎日 ・ 時々)

6 からだの病気はありますか？

特になし ・ あり：高血圧 糖尿病 (HbA1c _____ %) 喘息 心臓病 肝臓病 腎臓病 膠原病
その他 (_____) 通院中の病院 (_____)

7 今までアレルギー性疾患を指摘されたことはありますか？

なし ・ あり：アトピー性皮膚炎 喘息 アレルギー性鼻炎 花粉症 アレルギー性結膜炎

8 室内で飼っているペットはいますか？

なし ・ あり → ペットの種類をお書き下さい (_____)

9 今まで目薬、飲み薬、注射などで具合が悪くなったことがありましたか？

なし ・ あり → 薬名がわかりましたらお書き下さい
(_____)

10 現在使われているお薬はありますか？

なし ・ あり → 薬名がわかりましたらお書き下さい
(_____)

11 女性の方に 現在妊娠中あるいは授乳中ですか？

いいえ ・ はい → 妊娠 _____ ケ月 / 授乳中