

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 眼の手術を受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 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
(_____)

9 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
(_____)

10 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 _____ ヶ月 / 授乳中

11 必要時のオンライン資格確認システムによる情報取得に同意いただけますか？

はい ・ いいえ