

問診票

症状を迅速、正しく把握するため、ご記入よろしくお願いいたします。

(ふりがな) お名前		男 ・ 女	
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月 日 (歳)
ご住所 〒	—	電話番号 ()	—

当てはまるところにチェックをいれてください。

1. 症状があるのはどちらの目ですか？ 右目 左目 両目
2. 症状がでたのはいつ頃からですか？ () ころから
3. どのような症状ですか？

<input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 物が二重に見える <input type="checkbox"/> めやにがでる <input type="checkbox"/> 充血がある <input type="checkbox"/> 目が痛い
<input type="checkbox"/> 白内障手術相談 <input type="checkbox"/> まぶたが下がる <input type="checkbox"/> 何か飛んで見える
<input type="checkbox"/> 屈折矯正相談 (レーシック・ICL・オルソ) <input type="checkbox"/> (メガネ・コンタクト) を作りたい
<input type="checkbox"/> できものがある <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> 学校の視力手帳
<input type="checkbox"/> 検診などで受診をすすめられた <input type="checkbox"/> その他 ()

4. 今までに以下のような病気を指摘されたことはありますか？ あり なし
糖尿病 高血圧 心臓疾患 脳梗塞 肝臓疾患 腎臓疾患
喘息 リウマチ 前立腺疾患 花粉症 アトピー性皮膚炎
その他 _____

5. 現在通院中の病院、飲んでいるお薬はありますか？ あり なし
病院名： _____ 薬名： _____

6. 今までに眼科を受診されたことはありますか？ あり なし
病院名： _____

7. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことはありますか？ あり なし

8. 女性の方のみお答えください。
妊娠の可能性があったり、妊娠中・授乳中ですか？ はい いいえ

ありがとうございました。