

問診表

ふりがな

お名前： _____ 男・女 _____ 年齢 _____ 歳

ご住所：〒 _____

電話番号： _____ 生年月日：大・昭・平・令 _____ 年 月 日

①今日はどうしましたか？ 【右・左・両】

痛い・充血・めやに・かゆい・涙がとまらない・かすんで見える・視力低下・ゆがんで見える・物が二つに見える・見える範囲が狭くなった・物が飛んでいる・眼鏡希望・コンタクトレンズ希望
その他（ _____ ）

その症状は、いつからですか？ _____

②今までに病気をしたことがありますか？ 【ある・ない】

高血圧、糖尿病、脳梗塞、脳出血、心臓病、肝臓病、ぜんそく、結核、甲状腺の病気
その他（ _____ ）

使用している薬【ある・ない】（ _____ ）

（お薬手帳をご提示いただければ記入不要です）

③現在、目の病気はありますか？ 【ある・ない】

白内障、緑内障、糖尿病網膜症、ドライアイ、その他（ _____ ）

目の手術を受けたことはありますか？ 【ある・ない】 いつ頃（ _____ ）

白内障手術・緑内障手術・レーザー・レーシック・その他（ _____ ）

④眼鏡やコンタクトレンズを使っていますか？ 【はい・いいえ】

眼鏡・コンタクトレンズ（ハード、使い捨てソフト、その他 _____ ）

⑤アレルギーはありますか？ 【ある・ない】

薬・食品・花粉症・アトピー・その他（ _____ ）

⑥女性の方にお聞きします

妊娠中ですか？ 【はい・いいえ】 授乳中ですか？ 【はい・いいえ】

ご記入ありがとうございました