

《 問 診 票 》

フリガナ		男・女	【生年月日】 大・昭・平・令
お名前			年 月 日 歳
住 所	〒		
電話番号			

① 今日はどうされましたか？

- 目の具合が悪い
- 内科などから、または健康診断や人間ドックで受診を勧められた
- 眼鏡を作りたい
- コンタクトレンズを作りたい

② 目の具合が悪い方にお尋ねします

- 1) 症状が出たのは、いつ頃からですか？ _____
- 2) どちらの目ですか？ 右目 左目 両目
- 3) どのような症状ですか？
 - 赤い 目やにが出る かゆい 痛い ごろごろする
 - 乾く 涙が出る まぶたが腫れた 目を打撲した
 - 視力低下 かすむ 疲れる ゆがむ 黒いものが飛んで見える
 - 視野が欠けてみえる
 - その他 _____

③ コンタクトレンズを使用中の方にお尋ねします

- 1) コンタクトレンズの使用歴は？ _____
- 2) 週の使用日数・装用時間は？ _____ 日間/週 _____ 時間/日
- 3) 現在使用中のコンタクトレンズ名は？
 - ハードレンズ (レンズ名： _____)
 - ソフトレンズ (レンズ名： _____)

④ 今までに目の病気や手術・レーザー治療等の経験をされたことはありますか？

- ある (病気の名前： _____)
- ない

⑤ 今までに下記の病気を経験されたことはありますか？

- 糖尿病 高血圧 心臓疾患 喘息 リウマチ アトピー
- アレルギー (花粉症 食物 ダニ・ハウスダスト 動物)

⑥ アレルギー症状が出る、または使用禁止の薬はありますか？

- ある (薬の名前： _____)
- ない

⑦ 花粉症など原因が分かるアレルギー検査を希望しますか？ はい 相談したい いいえ

※ダニ・スギなどの主要8項目で、注射を使わず小さなお子様から可能な検査です

⑧ 女性の方にお尋ねします

- 現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい いいえ

⑨ 今日は何を見て来院されましたか？

- 知人・家族からの紹介 ホームページ 看板 新聞折込チラシ その他チラシ
- コンタクトレンズ店からの紹介
- その他 _____