

問診票

ふりがな										
氏名										
住所	〒 -									
生年月日	大正・昭和・平成・令和	年	月	日	(歳)	男・女			
電話番号	自宅								携帯	

(1) 眼について今日はどうされましたか？
いつからですか？ (今日 ・ 昨日 ・ 日前 ・ 週間前 ・ ヶ月前 ・)
どのような症状ですか？

	右	左		右	左		右	左
○ 目がいたい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 目がかわく	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 目がかゆい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 目が赤い	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 目がつかれる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 涙が止まらない	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 目やにがでる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ まぶたがはれた	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 手元が見づらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 視力が下がった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 目がかすむ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ まぶしい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ だぶってみえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ ゆがんでみえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 中心がくらい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 見える範囲がせまい	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 黒いものがみえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ 光ったものがみえる	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
○ 糖尿病網膜症精査	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	○ メガネ希望	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

○ その他()

(2) 本日は 主たる症状の診察を希望する。 目の全般的な検査を希望する。

(3) 治療中の病気はありますか？ お薬手帳 持っている 持っていない 持ってきていない SCAN
 ●白内障 ●緑内障 ●高血圧
 ●糖尿病 ●その他() ●なし
 ●現在使用中の薬: ある()

(4) 今までにくすりや注射・検査で具合の悪くなったことがありますか？ (はい・いいえ)
 「はい」とお答えの方 薬剤名()

(5) アレルギーはありますか？
 ●花粉症 ●鼻炎 ●アトピー
 ●喘息 ●その他() ●なし
 アレルギーが疑わしい場合、原因を調べたいですか？ (はい・いいえ)
※注射を使わないので小さなお子様も可能です

(6) 眼鏡は持っていますか？ (はい・いいえ) 遠用眼鏡・老眼鏡・遠近両用

(7) コンタクトレンズを装用されておりますか？ (はい・いいえ) ソフト(1day・2W・) ハード
※当院でコンタクトを注文の場合、ディスポ(使い捨てのソフトコンタクト)のみのお取り扱いとなります。

(8) 症状や病状はないが、気になる目の病気はありますか？
 ●白内障 ●緑内障 ●加齢黄斑変性
 ●その他()

(9) 処方されるお薬について、ジェネリック(後発医薬品)をご希望されますか？ (はい・いいえ)

(10) 女性の方へ 妊娠中 / 授乳中 ですか？ (はい・いいえ)

(11) 診察後、車やバイクの運転をしますか？ (はい・いいえ)

受取	登録
----	----