

# 【問診票】

ふりがな  
氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 \_\_\_\_\_ 歳

住所 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_

- ① 今日はどうされましたか？  
症状に○を付け、  
具体的にお書きください  
・  
・
- 右眼 左眼 両目 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日から  
症状: 痛い かゆい 目やに まぶしい  
見づらい ゴロゴロする 何か飛んでいる
- ② 今までに眼科を受診されたことは  
ありますか？
- あり (病名: \_\_\_\_\_ )  
なし
- ③ 眼以外で現在治療中の疾患が  
ありますか？
- あり (高血圧 糖尿病 その他: \_\_\_\_\_ )  
なし
- ④ 過去に眼の手術を受けた事が  
ありますか？
- あり (病名: \_\_\_\_\_ )  
なし
- ⑤ お持ちのメガネ・コンタクト  
についてお伺いします
- [メガネ] 遠く用 近く用 両用 その他:  
[コンタクト] ハード ソフト 使い捨てソフト 遠近用  
カラーコンタクト オルソケラトロジー(夜装用) その他  
キャリア \_\_\_\_\_ 年 装用時間 \_\_\_\_\_ 時間/日  
現在のは \_\_\_\_\_ 年
- ⑥ アレルギーがありますか？
- あり ( 蕁麻疹 湿疹 鼻炎 花粉症 喘息 アトピー性皮膚炎 )  
薬品・食品 ( \_\_\_\_\_ )  
なし
- ⑦ アレルギーが疑わしい場合、  
その原因検索を希望しますか？
- はい  
いいえ ※8項目の検査で注射を使わず小さなお子様から可能な検査です。
- ⑧ 子供さんが受診の場合に  
お書きください  
現在の体重は \_\_\_\_\_ kg
- 妊娠中と出生時に未熟児を含む異常がありましたか？  
あり (具体的に \_\_\_\_\_ )  
なし
- ⑨ 女性の方はお書きください
- 現在妊娠していますか？  
はい ( \_\_\_\_\_ ヶ月) いいえ  
過去に妊娠・分娩状態は正常でしたか？  
妊娠中毒症も含めて教えてください。  
正常 異常 ( \_\_\_\_\_ )
- ⑩ クリニックは何で知りましたか？
- 看板 タウンページ インターネット 口コミ  
その他 ( \_\_\_\_\_ )

