

【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 (_____)

