

《 問 診 票 》

ふりがな

来院日

お名前

性別 男・女

ご職業

生年月日

大・昭・平・令

年

月

日

ご住所

〒

電話番号

本日の交通手段

徒歩・自転車・バイク・自動車・バス

1. 本日はどうされましたか？ 気になることにチェックしてください。

右眼 左眼 両眼

いつ頃から：_____から

- 見えにくい かすんで見える まぶしい 痛い かゆい
 充血 メヤニが出る 涙が出る 乾く ゴロゴロする
 疲れる できものがある ぶつけた 何か入った 腫れている
 眼の中に何か飛んでいる 物が二つに見える ゆがんで見える
 コンタクト作成希望（ソフト・ハード）※コンタクト処方箋のみの発行はしていません
 眼鏡作成希望 検診・人間ドックの結果、受診をすすめられた（詳細をご記入ください）
 その他 詳細をご記入ください：

2. 普段、眼鏡やコンタクトはお使いですか？ お使いの場合種類を教えてください。

なし

● 眼鏡 → 遠く用 近く・老眼鏡 遠近両用 その他

● コンタクト → ワンデーソフト 2週間ソフト ハード
メーカー： _____ 度数 右) _____ 左)

3. 眼の手術・レーザー治療・視力矯正術を受けたことがありますか？

なし 右眼・左眼・両目

あり 手術名： _____ 手術日： _____ 病院名： _____

4. 現在、治療中の病気にチェックしてください。

- なし 糖尿病 高血圧 心疾患 脳梗塞
 喘息 高脂血症 花粉症 その他 _____

5. お薬について（お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください）

現在使用している（下記にご記入ください） 現在使用していない

薬剤名： _____

薬を使用して具合が悪くなったことがある 具合が悪くなったことはない

薬剤名： _____ 症状： _____

6. 女性の方へ

妊娠している、または妊娠の可能性がある 授乳中 左記該当なし