

問 診 票

恐れ入りますが、初診の方は眼圧・視力測定をさせて頂いた後、診察になりますので
順不同になりますことをご了承下さい。

氏 名 _____ 男 明治・大正
女 昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日生(年齢 _____ 才)

〒 _____
住 所 _____ 電話(_____) _____

★ 今日はどうされましたか？

1) いつ頃から _____ 年 _____ 月 _____ 日頃 AM・PM _____ 時頃から

2) どちらの目ですか？ 右・左・両眼

3) どのような症状ですか？(○で囲んでください)

1. 痒み 2. めやに 3. 充血 4. 涙が出やすい 5. かすみ眼 6. 異物感 7. 視力低下
8. 痛い 9. 眼が疲れやすい 10. ゴミの様な物が見える 11. 物がゆがんで見える
12. 物が当たった(_____) 13. 眼に何か入った(_____)
14. コンタクトレンズ希望 15. その他(_____)

4) 現在、コンタクトレンズを使用していますか？

いいえ ・ はい(ハードコンタクト・ソフトコンタクト・使い捨てコンタクト)

5) 今までに眼の病気をしたことがありますか？

いいえ ・ はい

6) その病気で入院・手術などをしましたか？

いいえ ・ はい(病名：白内障・緑内障・網膜剥離・ぶどう膜炎・ _____)

7) はいと答えた方は、入院した病院名といつ頃かを書いて下さい。

病院名： _____ いつ頃： _____ 年 _____ 月 _____ 日ごろ

★ 次の病気の中で治療した、又は、治療中のものがありますか？あれば○で囲んでください。

1. 喘息 2. 蕁麻疹などのアレルギー性疾患 3. 心臓病 4. 高血圧 5. 腎臓病
6. 胃腸病 7. 肝臓病 8. 糖尿病 9. 結核 10. 異常体質(_____)
11. その他(_____)

★ 薬や注射等で赤く腫れたり、発疹が出来たり、気分が悪くなったりしたことがありますか？

いいえ ・ はい

1) はいと答えた方で、薬や注射等がわかれば書いて下さい。

薬の名前：アスピリン ・ ピリン系剤 ・ サルファ剤 ・ ペニシリン

具体的に薬の名前がわかっていれば書いて下さい： _____

★ 次の項目で該当するものがあれば○で囲み、必要事項を書いて下さい。

1. 血が止まりにくい 2. 妊娠している 3. アレルギー体質