

問診票（初診用）

住所	〒		
フリガナ		電話	携帯 ・ 自宅
氏名		番号	
生年月日	大正・昭和 平成・令和	年 月 日（才）	性別 男 ・ 女

1. 本日はどうされましたか。 ※コンタクトレンズ希望の方は受付にお声がけ下さい
- かゆみ 充血 痛み 目やに 涙が多い できもの 瞼の腫れ
視力低下 かすみ まぶしい 目の疲れ 見えない部分がある
糸くずや黒い点が見える 検診で言われた 眼鏡希望
その他（_____） ※眼鏡合わせは次回受診時になります
2. 症状があるのはどちらの目ですか。 右目 左目 両目
3. いつ頃から症状がありますか。
- _____日前 ・ _____週間前 ・ _____ヶ月前 ・ _____年前から
4. 目の手術をした事がありますか。
- なし ある・・・ 白内障（右・左・両）
その他_____（右・左・両）
5. 次の様な病気をされたことはありますか。 治療中のご病気はありますか。
- 糖尿病 高血圧 アトピー性皮膚炎 喘息 心臓病 その他_____
6. 現在、使っているお薬はありますか。 なし ある：薬品名（_____）
7. お薬や食品にアレルギーはありますか。
- なし ある：（お薬_____）（食品_____）
8. コンタクトレンズはお使いですか。 いいえ はい（1日平均_____時間）
- はいとお答えの方：ハード ソフト（1day/ 2week / 1month / 長期用）
9. 今日はどのような交通手段でご来院されましたか。
- 徒歩 自動車 バイク 自転車 公共交通機関 その他
10. 女性の方にお伺いたします。現在、妊娠または授乳はしていらっしゃいますか。
- いいえ / 妊娠中 授乳中
11. 近視抑制治療に興味はありますか。 はい いいえ