

【問診表】

お名前 _____

本日のご希望

一般診察 メガネ作成 コンタクトレンズ作成

※①～③は、気になる症状がある方のみご記入ください

①気になる症状があるのはどちらの眼ですか？ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

②症状が出たのはいつ頃ですか？ _____ 前から

③気になる症状に印をおつけ下さい。

いつもより見づらい めやにが出る できものがある
 何か飛んで見える 眼がかゆい 眼をぶつけた
 眼が乾く 眼が腫れている 眼が痛い
 涙が出る 充血 眼にゴミが入った
 疲れ その他 _____

花粉症はありますか？ ある ない

目薬希望 点鼻薬希望 飲み薬希望 アレルギー検査希望

コンタクトレンズを使用していますか？ ある ない 以前使用していた

・いつからコンタクトレンズをお使いですか？ _____ 年前
・一日の装用時間は？ _____ 時 ~ _____ 時まで
・どのくらい使用しますか？ 週 _____ 回 月 _____ 回

メガネを使用していますか？ ある ない 以前使用していた

・今のメガネの見え方について 良く見えている 見づらい

今までの眼科受診経験について ※受けたことがあるものに、ご記入をお願いします。

視野検査 眼底検査 レーザー治療 レーシック
 その他の検査、手術 _____

現在治療中の病気はありますか？ ある ない

糖尿病 高血圧 心臓病 脳梗塞 アトピー
 その他 _____

現在使用しているお薬はありますか？ ある ない

お薬名 _____

お薬のアレルギーはありますか？ ある ない

お薬名 _____

女性の方にお聞きします

妊娠中(ヶ月) 妊娠の可能性あり 授乳している