

# ＜問診表＞

フリガナ		生年月日	大・昭・平・令 年 月 日生
お名前			
ご住所	〒□□□-□□□□		
電話番号	-	-	勤務先・学校

(1)来院された理由について○をつけて下さい。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 遠くが見辛い [右・左]	<input type="checkbox"/> 目が痛い、ゴロつく [右・左]	<input type="checkbox"/> メガネを作りたい
<input type="checkbox"/> 近くが見辛い [右・左]	<input type="checkbox"/> 目が乾く [右・左]	日常用・老眼鏡・遠近両用
<input type="checkbox"/> 目が疲れる [右・左]	<input type="checkbox"/> 歪んで見える [右・左]	<input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい
<input type="checkbox"/> 目が赤い [右・左]	<input type="checkbox"/> 何かが飛んで見える [右・左]	初めて・使用経験あり
<input type="checkbox"/> 目やにが出る [右・左]	<input type="checkbox"/> 霧がかかって見える [右・左]	ソフト・ハード
<input type="checkbox"/> 目がかゆい [右・左]	その他 (	

(2)いつ頃からですか？

(3)コンタクトレンズをお使いの方のみ、下記のご記入をお願いします

レンズの種類	(ハード・一日使い捨て・2週間交換・1ヶ月交換・その他)		
購入時期(使い捨て以外)	( )		
メーカー、規格(分かれば)	メーカー:	度数:	右 左 ( )
使用中に何か症状はありますか	ない・ある (目やに・異物感・かゆみ・乾燥・ずれる・見づらい 疲れる・その他_____)		

(4)全身のご病気はありますか。

ない

ある 心臓病、不整脈、高血圧、糖尿病、喘息、その他 ( )

(5)今まで、手術や入院をされたことはありますか。

ない

ある 時期( )

内容( )

(6)今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか。

ない

ある (薬品名: )

(7)アレルギーはありますか。

ない

ある (アトピー・花粉症\_\_\_\_\_・アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎  
その他\_\_\_\_\_)

(8)現在使用中の点眼薬、内服薬はありますか。

ない

ある ( )

(9)女性の方にのみ質問します。現在妊娠、またはその可能性がありますか。

ない

ある (妊娠 月)

(10)ご来院のきっかけ

①紹介(家族・知人) ②その他(看板・タウンページ・ホームページ・\_\_\_\_\_)