

問診票

記入日 年 月 日

ふりがな			
氏名			
生年月日	明・大・昭・平・令 年 月 日生	年齢	才
住所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものにチェックを入れて下さい

- | | |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 眼が乾く (右眼・左眼・両眼) | <input type="checkbox"/> 眼が疲れる (右眼・左眼・両眼) |
| <input type="checkbox"/> 眼がかゆい (右眼・左眼・両眼) | <input type="checkbox"/> 眼が充血する (右眼・左眼・両眼) |
| <input type="checkbox"/> 目が痛い (右眼・左眼・両眼) | <input type="checkbox"/> 見えにくい (右眼・左眼・両眼) |
| <input type="checkbox"/> 眼やにが出る (右眼・左眼・両眼) | <input type="checkbox"/> メガネを作りたい |
| <input type="checkbox"/> 身体検査・健康診断で () を指摘された | |
| <input type="checkbox"/> その他 () | |

以上のようなことが _____ 日前からある

(2) (成人の方) 本日の視力検査の希望の有無を教えてください。

(有 ・ 無)

(3) 今までに眼の病気にかかったことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 病名 ()

(4) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものにチェックを入れて下さい

- 高血圧 糖尿病 心臓病 胃・十二指腸潰瘍 喘息 鼻炎
その他 ()

(5) 今までにアレルギー体質と言われたことが (ある ・ ない)

(6) 現在、服用している薬、点眼している目薬が (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 (薬・目薬名：)
()

(7) 今までに薬や注射で具合が悪くなったことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 (薬剤名：)

(8) あなたの生活状況をお教え下さい。

- パソコン・スマートフォンをよく使う () 時間/日
たばこを吸う () 本/日 妊娠中 () 週 授乳中

※本日はコンタクトレンズを装着されていますか (はい ・ いいえ)

「はい」とお答えの方 (ソフトコンタクトレンズ ・ ハードコンタクトレンズ)