

問診票

フリガナ		生年月日
患者氏名		<input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> R 年 月 日
住所		
電話		

2週間以内に37.2度以上の発熱、のどや関節の痛み、だるさ、味覚異常等のかぜ症状が、ご自身もしくは家族含む濃厚接触者になりましたか？ 該当する場合は状況を説明ください

いいえ はい ()

目の症状はいつからですか？

本日 () 日前 () 月前 () 年前

どちらの目ですか？

右眼 左眼 両眼

どんな症状ですか？

見えづらい ゆがむ まぶしい 浮遊物が見える 二重に見える 疲れ目
異物感(ゴロゴロ) 充血(赤い) 痛い 腫れ(できもの) めやに 涙が出る
かゆい 乾く 視野が欠ける 光が見える 重い まぶたが下がる
健診で指摘(結果を提出ください) セカンドオピニオン(薬手帳があれば提出ください)
その他 ()

他の来院目的や相談したいことがあれば教えてください

メガネ作製 コンタクトレンズ購入 緑内障検査 白内障検査 眼底検査
()

今まで目の病気や手術歴はありますか？ いいえ 該当する場合は時期と治療内容をお書きください
はい ()

アレルギーはありますか？ いいえ 該当する場合は詳細をお書きください
はい ()

現在治療中の体の病気はありますか？ いいえ 該当する場合は薬手帳を提出ください

高血圧 糖尿病 心臓病 不整脈 腎臓病 肝臓病 喘息 アトピー
その他 ()

普段、メガネやコンタクトレンズを使用していますか？ いいえ

メガネ 1 day 2 week 1 month 従来型 ハード オルソケラトロジー

妊娠中(可能性含む)および授乳中の方はお知らせください はい (妊娠 週目)

当院をどちらでお知りになりましたか？

以前から知っていた HP(インターネット) 看板 家族、知人の紹介
タウンページ 通りがかり その他 ()