

# 問診票

お手数ですが、ご記入お願い致します。

年 月 日

フリガナ		性別	男・女
お名前		生年月日	大正・昭和・平成・令和
			年 月 日( 歳)
住所	〒		
電話番号	( ) -	携帯番号	-
緊急連絡先(ご本人以外): - - (続柄)			

## 1. どうされましたか？

・いつから( 日前から ・ か月前から) ・どこが( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 )

- |                  |                             |            |
|------------------|-----------------------------|------------|
| 1)物が見えにくい(どのように) | 8)めやにが出る                    |            |
| 2)目の検診           | 5)コンタクトレンズ作成希望(□経験あり □経験なし) | 9)目が痛い     |
| 3)白内障手術希望        | 6)目がかゆい                     | 10)涙が出る    |
| 4)眼鏡を作りたい        | 7)目が赤い                      | 11)何か物が入った |
| 12)その他( )        |                             |            |

※眼鏡を持参されていますか？( はい ・ いいえ )( 遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用 )

※コンタクトを使用していますか？( ソフト ・ ハード )( 本日装用している ・ していない )

※本日車を運転されていますか？( はい ・ いいえ )

## 2. 今までに目の病気をしたことがありますか？( はい ・ いいえ ) ※はいと答えられた方はご記入ください

病名 \_\_\_\_\_ 病院名 \_\_\_\_\_

どのような治療をしましたか？ \_\_\_\_\_

## 3. 今までにかかったことのある病気はありますか？( はい ・ いいえ )

高血圧 ・ 糖尿病(HbA1c \_\_\_\_\_ %) ・ 心臓病 ・ 肝臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ 前立腺肥大 ・ アトピー  
その他( ) 病院名 \_\_\_\_\_

4. 現在飲んでいるお薬はありますか？( はい ・ いいえ ) 薬品名( )

5. 現在使用している目薬はありますか？( はい ・ いいえ ) 薬品名( )

6. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？( はい ・ いいえ )

\_\_\_\_\_でアレルギーを起こした。

7. 血縁関係のある方で目の病気をした方はいらっしゃいますか？( はい ・ いいえ )

病名 \_\_\_\_\_

8. 妊娠中( はい ・ いいえ ) 授乳中( はい ・ いいえ )

9. 本日散瞳検査は可能ですか？( 可 ・ 不可 )

※散瞳検査とは目薬を使用して瞳孔を広げて行う眼底検査です。

散瞳検査をされますと4~5時間瞳孔が開いている為、お車やバイクの運転が出来ません。

10. 当院をどちらでお知りになりましたか？

( 看板広告 ・ 知人 ・ 家族に聞いて ・ インターネット ・ その他 )

ご協力ありがとうございました

菅原眼科

追記