

問 診 票

フリガナ

お名前： _____ 電話番号： (自宅 _____)
〒 _____ (携帯 _____)

住所： _____

1. 本日の眼の症状

当てはまる症状に○をつけて下さい (右 左 両)

赤い (充血) かゆい 痛い めやにが出る 涙が出る 乾く
腫れている、できものがある ゴロつく 見えづらくなった (急に 徐々に)
ゆがんで見える 二重に見える 何か飛んで見える 検診で指摘された
メガネ・コンタクトレンズを作りたい
その他 (_____)

いつからですか? (年 月 日) から

使用中の目薬 (点眼名: _____)

2. 普段、コンタクトレンズを使用していますか?

いいえ はい (ハードレンズ ソフトレンズ 使い捨てレンズ)

3. 眼科手術をされたことがありますか? いいえ はい (右 左 両)

白内障 緑内障 硝子体 レーシック その他:

4. レーザー治療をされたことがありますか? いいえ はい (右 左 両)

後発白内障 糖尿病網膜症 網膜裂孔・剥離 網膜静脈閉塞症 緑内障
その他 (_____)

5. 既往歴がある場合、当てはまる病気に○をつけて下さい。

高血圧 糖尿病 脳疾患 心疾患 (不整脈 ペースメーカー その他)
腎疾患 肝疾患 喘息 甲状腺疾患 リウマチ 帯状疱疹 (ヘルペス)
花粉症 アトピー その他 (_____)
かかっている医療機関名 (_____)
内服中の薬 (_____)

6. お薬、注射、食べ物のアレルギーはありますか?

いいえ はい (_____)

7. 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせ下さい。

妊娠中 授乳中 ありがとうございます。 中村眼科