問　診　票

年　　月　　日

フリガナ お名前		電話番号	携帯：　　ー　　ー 自宅：　　ー　　ー
ご住所	〒　　ー		

当てはまる項目に〇をつけて下さい

1.本日の眼の症状　（　右　左　両　）

赤い（充血）　かゆい　痛い　めやにが出る　涙が出る　乾く　疲れる

腫れている、できものがある　ごろつく　見えづらくなった（　急に　徐々に　）

まぶしい　二重に見える　ゆがんで見える　何か飛んで見える

検診で指摘された　メガネを作りたい　コンタクトレンズを作りたい

その他（　　）

2.いつからですか？（　　年　　月　　日　　）から

3.普段、メガネを使用していますか？

いいえ　はい（　遠用　近用(読書用)　遠近両用　）

4.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　）

5.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（　　）

6.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（　　）

7.眼内注射をされたことがありますか？　いいえ　はい（　右：　回　左：　回　）

加齢黄斑変性症　網膜静脈閉塞症　糖尿病網膜症　近視性脈絡膜新生血管

8.既往歴がありますか？

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　甲状腺疾患　リウマチ　悪性腫瘍　帯状疱疹（ヘルペス）

喘息　花粉症　アトピー　その他（　　）

かかっている医療機関名（　　）

9.使用中のお薬　（　　）

※お薬手帳をお持ちでしたら記載は不要です。問診時にご提示下さい

１０.お薬、注射、食べ物のアレルギーはありますか？

いいえ　はい（　　）

１１.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した。　中村眼科