

問 診 表

フリガナ

お名前 _____

生年月日 明治 大正 昭和 平成 _____ 年 月 日 年齢(_____ 才)

〒 _____ 住所 _____

電話番号 自宅(_____) _____

携帯 _____

* 症状・受診目的 (該当するものに○をつけてください)

充血 目やに かゆみ ものもらい(めぼ)

眼痛 眼精疲労 飛蚊症(飛びものが見える)

白内障 緑内障 視力低下

斜視 ・ 弱視

どちらの目ですか (右 左)

いつ頃からですか(_____)

コンタクト検査

定期検査/購入→コンタクトの種類(_____)

コンタクト作製 (初めて 過去に経験あり)

精密検査をすすめられた

その他 [_____]

* 該当する疾患があれば○をつけてください

糖尿病 高血圧 喘息 心疾患

* 眼科既往歴 (『はい』の方は具体的に教えてください)

過去に目の手術をお受けになったことがありますか？

いいえ

はい→ [右
左]

過去に目の大きな病気を患ったことがありますか？

いいえ

はい→ [右
左]

* アレルギー既往 (『はい』の方は具体的に教えてください)

アレルギー体質はありますか？

いいえ

はい→ [_____]

お薬が合わなかったことが過去にありますか？

いいえ

はい→ [_____]