

診察申し込み書及び問診票

ご記入日 平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名		男・女	明・大・昭・平		年	月	日生 (歳)
〒 住所			自宅 TEL		-	-	
			携帯 TEL		-	-	

診察の参考にしますので、下記の項目について、記入もしくは○で囲んでください。

1. 今日はどうされましたか？

赤い（充血）	めやにがでる	かゆい	痛い	ゴロゴロする
かわく	涙が出る	見えにくい	かすむ	ぼやける
まぶしい	二重に見える	ゆがんで見える	黒いものが見える	
光が見える	つかれる	まぶたのできもの	まぶたのはれ	
何か入った	物が当たった			
その他 ()				
白内障検査希望	緑内障検査希望	眼底検査希望		
健康診断で () と言われた				
メガネを作りたい		コンタクトレンズを作りたい		

2. どちらの眼ですか？ 右眼 左眼 両眼

3. いつ頃からですか？ ()

4. 今までに眼の病気や手術をしたことがありますか？

ない ある（病名 ）いつ頃)

5. 今までにアレルギー体質、特異体質と言われたことがありますか？

ない ある

6. 飲み薬、注射、目薬等で具合が悪くなったことがありますか？

ない ある（薬名)

7. 次のような病気にかかれたことがありますか？

ない ある
高血圧・糖尿病・心臓病・腎臓病・肝臓病・胃潰瘍・脳疾患・膠原病・リウマチ・
喘息・アトピー・花粉症・その他 ()

8. 現在服用中のお薬はありますか？ 現在使用中の目薬はありますか？

ない ある（薬名)

9. コンタクトレンズを使用している方にお聞きします

現在コンタクトレンズを装用中ですか？ はい いいえ

種類は？ ソフト・使い捨てソフト・ハード

1日に何時間装用していますか？ () 時間

1週間のうち何日装用していますか？ () 日間

10. 女性の方へ 現在妊娠中や授乳中の方はお知らせください

妊娠中 () か月 授乳中

ありがとうございました。 か とう 眼 科

204626