

# 問 診 票

※お薬手帳を忘れた場合は、ご記入ください

フリガナ				
お名前	男・女 ( 歳 )	年	月	日
郵便番号	-			
ご住所				
電話番号 ( )	-	携帯番号 ( )	-	

## 1. 本日はどうされましたか？ (下記より選択してください)

- いつ頃 ( ) から ( 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 ) が、
- ・赤い
  - ・かゆい
  - ・目やに
  - ・ころころする
  - ・腫れている
  - ・痛い
  - ・涙が出る
  - ・かわく
  - ・疲れ目
  - ・飛蚊症
  - ・かすむ
  - ・ものが見えにくい
  - ・ものが二つに見える
  - ・CL処方 (初めて・経験あり)
  - ・メガネ処方
  - ・学校検診・眼科検診再検査
  - ・白内障 ( 検査 ・ 手術相談 )
  - ・近視矯正治療相談 ( ICL ・ オルソケラトロジー ・ マイオピン ) ※ICL: 眼内コンタクトレンズ
  - ・その他 ( ・眼底検査 ・ 緑内障検査 ・ 斜視検査 ・ セカンドオピニオン )

## 2. 今回、もしくは次回以降、希望したい検査はありますか？

いいえ ・ はい ( ドライアイ検査 ・ 調節機能解析検査 ・ 緑内障含む眼底検査 ・ アレルギー検査 )

## 3. 眼科通院や手術をしたことがありますか？ (あれば下記より選択してください)

- ・緑内障
- ・白内障 (手術: 未 ・ 済)
- ・網膜 ( 注射 ・ レーザー ・ 手術 )
- ・弱視 (治療用眼鏡使用経験: あり ・ なし)
- ・斜視 (手術: 未 ・ 済)
- ・レーシック・ICL
- ・その他 ( )
- ・いつ頃 ( ) どこで ( ) 眼科/病院

## 4. 現在治療中の病気はありますか？ (あれば下記より選択してください)

- ・糖尿病
- ・高血圧
- ・心臓病
- ・脳疾患
- ・喘息
- ・肝臓病
- ・腎臓病
- ・花粉症
- ・アトピー性皮膚炎
- ・その他 ( )

## 5. お薬手帳があればご提示ください ※お薬手帳を忘れた場合は、ご記入ください

( ) サプリ服用 ( あり ・ なし )

## 6. 今までにお薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

いいえ ・ はい (薬品名: )

## 7. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

- ・当院ホームページ
- ・家族 知人の紹介
- ・看板 (駅前)
- ・チラシ
- ・口コミサイト
- ・医療機関・店舗からの紹介 ( )

## 8. (女性の方のみ) 現在「妊娠中 (可能性含む)」または「授乳中」ですか？

- ・いいえ
- ・妊娠中 ( ヶ月 )
- ・不明
- ・授乳中