



<<問診票>>

記入日： 年 月 日

LINE QRコード

フリガナ

お名前 _____ 様 性別 男 女

生年月日 明・大・昭・平・令 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 満 _____ 歳

お電話 _____ - _____ - _____ 緊急連絡先 _____ - _____ - _____

住所 〒 _____ - _____ _____

メールアドレス _____ @ _____

①本日はどのような症状で来院されましたか？

- 両目 右目 左目 いつ頃から ()
- 目が赤い 痛みがある かゆみがある 目やにが出る 痛い
- 目がかたく ゴロゴロする 目が疲れる かすむ 見えづらい
- 見えにくい 黒いものが飛ぶ 集団検診にて指摘
- コンタクトレンズ作成希望 オルソケラトロジー希望 メガネ作成希望
- その他 ()

②今まで目の病気や怪我をしたり、目の手術を受けられたことはありますか？

- いいえ はい→病名： ()

③目以外の病気にかかっている、又はかかっていたことがありますか？

- はい→(病名：糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 前立腺肥大) いいえ
- その他 ()

④現在服用しているお薬はございますか？

- ある→お薬の名前 () いいえ

⑤アレルギーといわれたり、その他の薬や注射で異常を起こしたことはありますか？

- はい→何が原因ですか？ () いいえ

⑥メガネ・コンタクトレンズを装用したことはありますか？

- ある ない ※本日コンタクトレンズを装用されていますか？ はい いいえ
- ※コンタクトレンズ上から点眼できるお薬を希望されますか？ はい いいえ

⑦現在パソコン、テレビ、スマートフォンをどれくらい使用されますか？

- 4時間以上 4時間未満

⑧当院を何でお知りになりましたか？

- 以前当院で治療を受けたことがある ホームページをみて 通りがかり
- 家族、お知り合いからの紹介(お名前： _____) その他(_____)

⑨現在授乳中または妊娠されていますか？

- はい いいえ

問診は以上です。ご記入お疲れ様でした。