

# 問 診 票

No. \_\_\_\_\_

20 年 月 日

アンケートではありませんので、診療の為に全項目をご記入願います。記入が終わりましたら、受付までお願いします。

★女性の方で妊娠されているか可能性がある方、授乳中の方は、診察時に、医師に直接申し出てください。

ふりがな	性 別	生 年 月 日	年 齢	記入者と本人の関係
氏名	男 女	大・昭 平・令 年 月 日	歳	本人・父母・ヘルパー 祖父母・その他( )
住 所 〒 _____	【診療時間の変更、休診日案内等をお送りすることがあります。】			
電話番号	ご自宅 ( ) _____	—		
	携 帯 ( ) _____	—	【ご自宅の番号がない場合のみ携帯可】	

◎今日はどのような事で来院されましたか？( \_\_\_\_\_ )

◎症状はいつからですか？( \_\_\_\_\_ ) 「最近」でなく、**具体的に**。

◎右側の該当する病気に○をつけて下さい。☞ 糖尿病 ・喘息 ・心臓病 ・高血圧 ・該当なし \_\_\_\_\_

◎現在、眼の病気はありますか？

☞ 白内障 ・緑内障 ・糖尿病網膜症 ・その他( \_\_\_\_\_ ) ・該当なし

◎症状のある眼は？ 当てはまる【右・左】に、○をつけて下さい。

かゆみ	右・左
腫れ	右・左
痛み	右・左
乾く	右・左
充血	右・左

メヤニ	右・左
ゴロゴロ	右・左
疲れる	右・左
かすむ	右・左
涙がでる	右・左

何かできている	右・左
何か飛んで見える	右・左
見にくい(遠く・手元)	右・左
メガネを作りたい	
コンタクトレンズを作りたい	
学校や会社の検診で注意を受けた	
他病院の医師に受診をすすめられた	
病院名( _____ )	

その他症状 ( \_\_\_\_\_ )

① 眼の手術をしたことがありますか？

【 はい ・ いいえ 】 【はい】の方：右眼・左眼・両眼 時期 ( \_\_\_\_\_ ) 病院名 ( \_\_\_\_\_ )  
LASIK・白内障・緑内障・糖尿病網膜症・その他 ( \_\_\_\_\_ )

② 目薬を使っていますか？

【 はい ・ いいえ 】 【はい】の方： 目薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )、市販 または病院名 ( \_\_\_\_\_ )

③ 今内服している薬、または使っている薬はありますか？

病院名<内科等> ( \_\_\_\_\_ )、薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )  
【 はい ・ いいえ 】 病院名 ( \_\_\_\_\_ )、薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

④ 薬の副作用はありますか？

【 はい ・ いいえ 】 【はい】の方： 薬の名前 ( \_\_\_\_\_ )

⑤コンタクトレンズを使っていますか？ 【はい】の方： レンズ名 ( \_\_\_\_\_ ) ケア用品名 ( \_\_\_\_\_ )

【 はい ・ いいえ 】 1day・2week・旧型ソフト・ハード 使用頻度は？ 【 毎日 ・ 時々 ・ まれに 】

初めての受診の場合、処方診断の為に眼科基本データである矯正視力と眼圧、屈折は、感染や測定不能などの特別な理由がない限り行います。モノモライや結膜炎等でも、測定しない為に大きな問題になった例や適切な治療が不可能なことがありますので、眼圧と視力の確認が出来ない時は、当院では、眼に触れる点眼薬や眼軟膏を基本的には処方できません。