

来院時は記入してお持ち下さい

問 診 票

受付時間 (:)

フリガナ		男	住所	〒
氏名		女		
生年月日	明・大・昭・平	年 月 日 才	電話	
			携帯	
			e-mail	@

1. 今日はどうなさいましたか？該当するものを○で囲んで下さい。

<ul style="list-style-type: none"> ・見えにくい（視力が落ちた） 【右・左・両】 ・目が痛い 【右・左・両】 ・ゴロゴロする 【右・左・両】 ・眼がかゆい 【右・左・両】 ・眼が赤くなった 【右・左・両】 ・メヤニが出る 【右・左・両】 ・涙っぽい 【右・左・両】 ・眼にゴミが入った 【右・左・両】 ・まぶたがはれた、何かできた 【右・左・両】 ・黒いものが見える 【右・左・両】 ・眼が乾く 【右・左・両】 ・眼が疲れる 【右・左・両】 ・その他 () 	<ul style="list-style-type: none"> ・メガネをつくりたい ・コンタクトをつくりたい <ul style="list-style-type: none"> a. 初めて b. 使用中（ハード・ソフト・使い捨て） 本日ご希望のレンズは <ul style="list-style-type: none"> a. ハード b. ソフト 紛失 【右・左・両】 破損 【右・左・両】 古くなったのでつくり変えたい 【右・左・両】 c. 使い捨てレンズ（1ヶ月・2週間・1日） d. 相談・その他 () <p>※現在ご使用のレンズのデーターがお分かりになる方はご記入をお願い致します。（もしくはお申し出下さい。）</p> <p>メーカー（メニコン・ジョンソン・ポシュロム・チバ・不明）</p> <p>レンズ名 ()</p> <p>データー BC 右 _____ PWR 右 _____ (加ブ) 左 _____ (度数) 左 _____</p> <p>※未成年者の方へ メガネ・コンタクトレンズの使用について保護者の方の同意は得ていますか (はい ・ いいえ)</p>
---	--

2. お答え頂いた症状は、いつ頃からですか？ ()

3. 今までに薬を使用して何か異常があった事が ない ・ ある ()

4. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？ いいえ ・ はい (ハード・ソフト・使い捨て)

5. 今まで眼の病気にかかった事がある方は、その病名と診療所を教えてください。
 病名 () 診療所 ()

6. 今までに眼・まぶたの手術を受けたことはありますか？ ない ・ ある ()

7. 現在の病気は？ 喘息・心臓病・高血圧・糖尿病・その他 ()

8. 妊娠の可能性はありますか？ ない ・ ある (月)

ありがとうございました。カルテを作成いたします。今しばらくお待ちください。