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	@

<当店(院)を、お知りになったのは？>

電話帳　　インターネット　　救急医療センター　　家族の紹介　　友人の紹介

他店に用事があった（丸井　そごう　スカイビル　その他（　　）

駅看板（ＪＲ　相鉄　京急　東横　みなとみらい線）　その他（　　）

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。

1.見えにくい（視力が落ちた）　【右・左・両】
2.目が痛い　【右・左・両】
3.ゴロゴロする　【右・左・両】
4.眼がかゆい　【右・左・両】
5.眼が赤くなった　【右・左・両】
6.メヤニが出る　【右・左・両】
7.涙っぽい　【右・左・両】
8.眼にゴミが入った　【右・左・両】
9.まぶたがはれた、何かできた　【右・左・両】
10.黒いものが見える　【右・左・両】
11.眼が乾く　【右・左・両】
12.眼が疲れる　【右・左・両】
・その他（　　）

・メガネをつくりたい
・コンタクトをつくりたい
　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
　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（　　）
※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。）
　メーカー（メニコン・ジョンソン・ボシュロム・チバ・不明）
　レンズ名（　　）
　　データー　BC　右＿＿＿　PWR　右＿＿＿＿
　　（ｶｰﾌﾞ）左＿＿＿　（度数）　左＿＿＿＿
※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　）

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下さい。
　病名（　　）　診療所（　　）

6.今までに眼・まぶたの手術の経験はありますか？　ない　・　ある（右・左　　＿＿年前）

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　（　　ヶ月）

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。