

# 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	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 ( J R    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。

<p>1. 見えにくい (視力が落ちた)    【右・左・両】</p> <p>2. 目が痛い    【右・左・両】</p> <p>3. ゴロゴロする    【右・左・両】</p> <p>4. 眼がかゆい    【右・左・両】</p> <p>5. 眼が赤くなった    【右・左・両】</p> <p>6. メヤニが出る    【右・左・両】</p> <p>7. 涙っぽい    【右・左・両】</p> <p>8. 眼にゴミが入った    【右・左・両】</p> <p>9. まぶたがはれた、何かできた    【右・左・両】</p> <p>10. 黒いものが見える    【右・左・両】</p> <p>11. 眼が乾く    【右・左・両】</p> <p>12. 眼が疲れる    【右・左・両】</p> <p>・その他 (                    )</p>	<p>・メガネをつくりたい</p> <p>・コンタクトをつくりたい</p> <p>    a. 初めて    b. 使用中 (ハード・ソフト・使い捨て)</p> <p>本日ご希望のレンズは</p> <p>    a. ハード    b. ソフト</p> <p>        紛失 【右・左・両】      破損 【右・左・両】</p> <p>        古くなったので作り変えたい 【右・左・両】</p> <p>    c. 使い捨てレンズ (1ヶ月・2週間・1日)</p> <p>    d. 相談・その他 (                    )</p> <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・ボシュロム・チバ・不明)</p> <p>    レンズ名 (                    )</p> <p>        データー    BC    右 _____    PWR    右 _____</p> <p>                    (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. 喫煙歴はございますか？                    ない ・ ある (喫煙歴                    年程)

9. 妊娠の可能性はありますか？                    ない ・ ある (                    ヶ月)