

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。

<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】・涙っぼい 【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a. 初めて b. 使用中 (ハード・ソフト・使い捨て)・本日も希望のレンズは 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 () <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・ボッシュロム・アルコン・不明)</p> <p>レンズ名 ()</p> <p>データ (カーブ) 右 _____ (度数) 右 _____ (カーブ) 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 (薬剤名)

4.普段コンタクトレンズを使用されていますか?
いいえ・ハード・ソフト・使い捨て (1ヶ月・2週間・1日)

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? (右:手術名 _____ 年前)
ない・ある (左:手術名 _____ 年前)

7.現在の病気は? ない・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)