

問診表

フリガナ:	性別: (男 ・ 女)
お名前:	生年月日:(大・昭・平・令) 年 月 日 才
〒()-() ご住所:	自宅:()- - 携帯:()- -

(1) 本日来られた目的について該当するものがあれば☑をつけてください

検査希望(視力 ・ 眼圧 ・ 眼底 ・ 視野など)

学校検診

コンタクトレンズ作成 ・ 検査

メガネ合わせ【遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用】

その他症状がある

どちらの目でしょうか? 右眼 左眼 両眼

具体的に、いつ頃からどのような症状がありますか?

(2) 本日はご自身で運転して来られましたか?

はい (車 ・ バイク ・ 自転車) ・ いいえ

(3) ご家族や周囲の方に同様の症状の方はおられますか?

ない ・ ある ()

(4) 今までに目の病気で治療や手術を受けられたことはありますか?

ない ・ ある ()

(5) 今治療中の病気や、今までにかかったことのある病気はありますか?

ない ・ ある (該当するものに○をつけてください)

糖尿病 高血圧 心疾患 (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈など)

喘息 アレルギー アトピー 肝臓病 腎臓病 脳梗塞

その他()

(6) 薬や注射・食べ物等でアレルギーはありますか?

ない ・ ある (具体的に)

(7) 女性の方へ

妊娠 ・ 授乳中である 妊娠(はい ・ いいえ) 授乳(はい ・ いいえ)

(8) お薬手帳はお持ちですか? (ない ・ ある ・ 自宅にある)

(9) その他 お伝えしたいことなどがございましたら記入してください