

# 問 診 票

年 月 日

ふりがな		性別	生年	(明・大・昭・平)	
氏名		男・女	月日	年	月 日
					( 才)
住所	〒 (      —      ) (マンション・アパート名、部屋番号も記入)				
	TEL(      )      -      携帯      -      -				

現在の症状についてご記入、当てはまるものに○をつけてください

1) いつから      ごろから

2) どの部分が ( 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 )

3) 症状

視力低下・かすみ・視界に黒い点が見える・光が走る

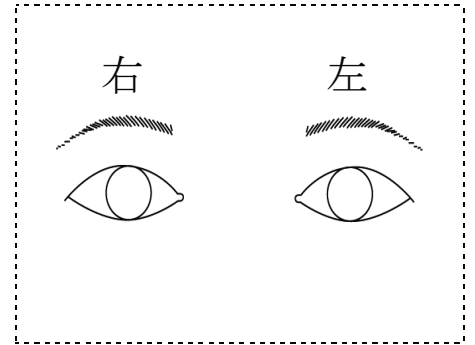
まぶしさ・かゆみ・腫れ・痛み・異物感・乾き

疲れ・涙が出る・充血・目やに

その他(      )

メガネ作成希望・コンタクトレンズ作成希望

(コンタクト処方希望の方：当院ではコンタクト処方箋のみのお渡しはしていません)



4) 今までに眼の病気をされたことがありますか ( はい・いいえ )

「はい」とお答えの方・・・ 病名： \_\_\_\_\_

5) 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のものはありますか (はい ・ いいえ)

糖尿病・高血圧・心臓病・肝臓病・腎臓病・ぜんそく・アトピー・副鼻腔炎・

ヘルペス (帯状疱疹)・その他 (      )

現在使用中のお薬 \_\_\_\_\_

6) 食物・薬・その他アレルギーはありますか ( はい・いいえ )

「はい」とお答えの方

(薬品名：      ) (食べ物：      )

(その他：      )

7) 妊娠中の可能性はありますか ( はい・いいえ )

授乳中ですか ( はい・いいえ )

8) 普段コンタクトレンズを使用されていますか ( はい<本日装用中・していない> ・ いいえ )

レンズの種類 ( ハードレンズ ・ ソフトレンズ < 使い捨て ・ 使い捨てでない > )

コンタクト購入先で定期検診を受けていますか ( はい・いいえ )