

# 問診票

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

## 1. 今日はどうされましたか

<input type="checkbox"/>	症状がある 1. どちらの目ですか： 両目 ・ 右目 ・ 左目  2. 症状に✓をつけてください <input type="checkbox"/> 目が赤い <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> かゆみ <input type="checkbox"/> まぶたが腫れた <input type="checkbox"/> 何か入った <input type="checkbox"/> 涙がよく出る <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 目が見えにくい・かすむ <input type="checkbox"/> 虫や糸くずのようなものが見える <input type="checkbox"/> その他 ( )  3. いつ頃からですか 今日から ・ 日前から ・ 週前から ・ カ月前から ・ 年前から  ★眼鏡を作りたい： <input type="checkbox"/> 遠く用 <input type="checkbox"/> 近く用 <input type="checkbox"/> 遠近両用
<input type="checkbox"/>	要検査だった： <input type="checkbox"/> 学校検診 <input type="checkbox"/> 健康診断
<input type="checkbox"/>	その他 ( )

## 2. お体の状態をおきかせください

①以下の症状はありますか	<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 血液の病気 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> その他 ( )
②内服薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( )
③お薬や食べ物のアレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (アレルギーの種類： )
③目の手術を受けたことがありますか？	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい : いつ頃 ( ) 手術した眼 ( 左 ・ 右 ) どのような手術ですか ( )
④女性の方へ	妊娠中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 妊娠 カ月 ) 授乳中ですか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい

ありがとうございました。問診は以上です。