

問診票

フリガナ		性別	生年月日
お名前		男・女	昭・平・令・() 年 月 日 歳
ご住所	〒	お電話番号	
		自宅	
		携帯	

1. 本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 □目が赤い □目やに □かゆみ □まぶたが腫れた □何か入った □涙がよく出る □ゴロゴロする □痛い □目が見えにくい・かすむ □虫や糸くずのようなものが見える □その他() 3. いつ頃からですか 今日から ・ _____ 日前から ・ _____ 週間前から ・ _____ カ月前から ・ _____ 年前から
<input type="checkbox"/>	要検査だった： □学校健診 □健康診断
<input type="checkbox"/>	眼鏡をつくりたい：□遠く用 □近く用 □遠近両用
<input type="checkbox"/>	その他()

2. お身体の状態をおきかせください

①	以下の病気はありますか □はい □いいえ □糖尿病 □高血圧 □喘息 □アレルギー性鼻炎 □アトピー性皮膚炎 □腎臓病 □心臓病 □血液の病気 □肝臓病 □その他() ★かかりつけの病院やクリニックを教えてください()
②	内服薬はありますか □いいえ □はい
③	お薬や食べ物のアレルギーはありますか □いいえ □はい(アレルギーの種類：)
④	目の手術を受けたことがありますか □いいえ □はい：いつごろ()手術した目(右 ・ 左) ：どのような手術ですか □白内障 □硝子体(網膜) □緑内障 □眼瞼(まぶた) □レーザー治療 □その他()
⑤	コンタクトレンズは使用されていますか □いいえ □はい → □ハード □ソフト
⑥	女性の方へ 妊娠中ですか □いいえ □はい(妊娠 カ月) 授乳中ですか □いいえ □はい

問診は以上です。ありがとうございました。