問診表

フリガナ 氏　名	様	職　　業	
生年月日	大・昭・平・令　　年　　月　　日　生	才	性　別：
住　　所	〒		
T　E　L	自宅電話：　　連絡先：		

いつからですか？	どちらの眼ですか？ □右眼　□左眼　□両眼

来院の目的（どうされましたか？）

□見にくい　□眼が疲れる　□かすむ　□黒いものがみえる　□めやに
□かゆい　□赤い　□涙が出る　□まぶたが腫れた　□何かできた　□かわく
□痛い　□ゴロゴロする　□何か入った　□学校の用紙　□眼科検診希望
□メガネ希望　□コンタクトレンズ希望　□その他　（　　）

現在、コンタクトレンズを使用していますか？	①□はい　②□いいえ　使用歴：　年 □1day　□2week　□その他SCL　□HCL メーカー・品名：　度数：R　L
②いいえの方、過去に使用していましたか？	□はい　□いいえ　使用歴：　年 メーカー・品名：　度数：R　L
眼の病気をしたことがありますか？	□ない　□ある □白内障　□緑内障　□糖尿病網膜症 □結膜炎　□網膜剥離　□その他　（　　） □眼の手術　（　　） └いつ頃、どちらの病院で　（　　）
現在かかっている病気、かかったことがある病気がありますか？	□ない　□ある □高血圧　□糖尿病　□心臓病　□胃腸病 □喘息　□アレルギー性鼻炎　□結核　□肝臓病 □腎臓病　□その他　（　　） □身体の手術　（　　）
食べ物、薬、花粉症などでアレルギー症状が出たことがありますか？	□ない　□ある 原因　（　　） 症状　（　　）
現在使用中の薬はありますか？あればお薬手帳の提出をお願いします。 または種類をご記入ください。	□ない　□ある （　　）
女性の方へ　妊娠またはその可能性はありますか？	□ない　□ある
1日にPCなどの画面をみる時間はどれぐらいですか？	□5時間未満　□5～7時間未満　□7時間以上
当院をなにで知りましたか？	□ご紹介（知人）　□ご紹介（医療機関）　□ご紹介（薬局） □当院を直接見て　□ホームページ　□その他　（　　）

当院は診療情報を取得・活用することにより、質の高い医療の提供に努めています。
正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。