

眼科問診票

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日	
お名前	様	男性 女性	大正・昭和 平成・令和	年 月 日 歳
ご住所	〒 市 マンション名	電話番号		
		携帯		
		ご自宅		

本日はどうされましたか？

気になる方の目はどちらですか？  右  左

症状はいつからですか？  今日  ( ) 日前  ( ) 週間前  その他 ( )

最も気になる症状にチェックを入れてください。

見えにくい  目が乾く  目が疲れる  目が赤い  目やにがでる  腫れている

できもの  痛み  かゆみ  涙が出る  黒い点が見える

かすむ  二重に見える  まぶしい  異物感  打撲

眼鏡の処方せん  コンタクトレンズの処方  その他 ( )

そのほか、気になる症状があればご記入ください。

本日コンタクトレンズを使用されていますか？

いいえ  はい (ハード・ソフト)

今まで眼の病気や手術をされたことはございますか？

ない  ある (病名: )

次の病気をされたことはございますか？

ない  糖尿病  高血圧  高脂血症  その他 ( )

薬や食べ物でアレルギーが出たことはございますか？

ない  ある ( )

お体で麻痺やご不自由な箇所はございますか？

ない  ある ( 全身 ・ 耳 ・ 腕 ・ 手 ・ 指 ・ 足 )

女性の方にお伺いします。

現在、妊娠をされていますか？  はい ( ヶ月)  いいえ  わからない

現在、授乳をされていますか？  はい  いいえ

本日はお車で来られましたか？ (運転手ですか?)  はい  いいえ

当院を何で知りましたか？

ホームページ (インターネット検索)  広告  家族・知人  通りすがり  その他 ( )

**コンタクトレンズ希望、小児の方は裏面もご記入ください。**

## 【コンタクトレンズをご希望の方はご記入ください】

### <ご注意事項>

- ・当院ではコンタクトレンズ処方せんの発行は行っておりません。
- ・当院では口頭で度数をお伝えすることは行っておりません。

確認しました

現在お使いのコンタクトレンズについてご記入ください。

製品名 ( )  
タイプ ( 使い捨てではない ・ 1 day ・ 2week )

コンタクトレンズの付け外しはできますか？

※付け外し練習は予約制となります。受付スタッフまでお声掛けください。

はい いいえ

## 【小児の方はご記入ください】

成長・発達について（検査の時に配慮いたします）

早産や低体重で産まれたか、もしくは発達段階で今までに医師に何か言われたことはございますか？

ない ある ( )

本日は、どなたとご一緒ですか？（お子さんからみて）

父 母 兄弟 姉妹 親戚 その他 ( )

ご記入いただきありがとうございました。