

問 診 票

お名前 _____ 性別 男・女

ふりがな _____

生年月日 大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

〒 _____ - _____

ご住所 _____ 電話番号 _____

1. 症状はどちらの目ですか？ 右目・左目・両目（右→左 / 左→右 / 同時）

2. 症状はいつ頃からですか？ 今日・ _____ 日前・ _____ ヶ月前・ _____ 年前 から

3. 症状をチェックしてください。

目が痛い 目が赤い めやにがでる（黄色・白色・水っぽい）

かすむ 目がかゆい 目がはれた 目のできもの

涙がでる まぶしい 目にぶつけた ものがだぶる

目がかわく 何か飛んで見える 検診で受診をすすめられた

目が重い その他 _____

めがねを作りたい → 遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用

コンタクトレンズを作りたい → ハード ソフト（ 使い捨て 1日・2週間）
コンタクトレンズを使用したことはありますか？ なし あり（ _____ ）

4. 眼科にかかれたことはありますか？

あり いつ頃 _____ 年 _____ ところに _____ 眼科

どうしてかかられましたか _____

5. 今までに目の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

あり 右 _____ 左 _____

6. 現在使用しているお薬はありますか？

あり 点眼 _____ 内服 _____

7. 現在治療中の病気はありますか？

糖尿病（HbA_{1c} _____） 高血圧（ _____ / _____） 高脂血症 心臓病

腎臓病 脳梗塞（右 / 左） ぜんそく 結核

アトピー その他 _____

8. お薬のアレルギーはありますか？ なし あり _____

9. 妊娠の可能性は？ あり _____ 週 なし



てらお眼科

<http://www.terao-ganka.com>