

# 問 診 票

お名前 \_\_\_\_\_ 性別 男・女

ふりがな \_\_\_\_\_

生年月日 昭和・平成・令和 \_\_\_\_\_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 \_\_\_\_\_どこに \_\_\_\_\_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. 現在治療中または過去にかかったことのある病気はありますか？

糖尿病（HbA<sub>1c</sub> \_\_\_\_\_）  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>