

## 問診票

ふりがな		性別	男 女	生年月日	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月 日 ( 才 )
お名前					
ご住所	〒				
TEL			携帯 電話		

本日はどのようにして 当院にお越しになりましたか	<input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 公共交通機関 <input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> バイク <input type="checkbox"/> 自転車
本日はどうなさいましたか	<input type="checkbox"/> 右目 <input type="checkbox"/> 左目 <input type="checkbox"/> 両目  <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> かすむ <input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 赤い <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> かあく <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> まぶしい <input type="checkbox"/> はれている <input type="checkbox"/> 黒いものが見える <input type="checkbox"/> 影が見える <input type="checkbox"/> ゆがむ <input type="checkbox"/> 二重に見える <input type="checkbox"/> 目が疲れる <input type="checkbox"/> 検診で眼科受診を勧められた <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ処方 <input type="checkbox"/> メガネ処方 <input type="checkbox"/> その他の症状( )
いつ頃からですか	( 日 ヶ月 年 ) 前から
コンタクトレンズは 普段お使いですか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ・1日装用時間 _____ 時間 ・週に _____ 日間使用 ・コンタクト使用歴 _____ 年 ・ハード _____ 年 ・ソフト _____ 年 ・使い捨て _____ 年
本日、コンタクトを 装用されていますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい
今までに目の病気に かかったことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような病気ですか( ) いつ頃ですか( )
パソコン・スマートフォン タブレットを使用されますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 1日( )時間くらい使用
アレルギーはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 花粉症 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他( )
今までに薬・注射などで 具合が悪くなったことは ありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような薬ですか( ) どのような症状でしたか( )
今までにかかった(現在も) 病気はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他( )
現在飲んでいるお薬や お使いの目薬はありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → どのような薬ですか( )
女性の方で現在、妊娠中や 授乳中の方はお知らせください	<input type="checkbox"/> 妊娠中( )ヶ月 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 授乳中
当院に来院して頂くにあたり 何を見られましたか。 ※複数でも結構です。	<input type="checkbox"/> 家族、知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 看板 <input type="checkbox"/> 電話帳 <input type="checkbox"/> 折込 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> チラシ <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ店からの紹介 <input type="checkbox"/> 老人ホームなど施設 <input type="checkbox"/> 地域紙
当院のホームページを 見たことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> スマホ <input type="checkbox"/> タブレット <input type="checkbox"/> その他( )

ありがとうございました。ご希望、ご質問など、何でもご遠慮なくお尋ねください。また、記入して頂いた内容を、治療以外の目的で使用することはございません。