

問診票

フリガナ

お名前

男 ・ 女

生年月日

明治・大正・昭和・平成・令和

年

月

日

年齢 () 歳

ご住所

〒 -

電話番号

() -

・ どうされましたか

めやに かゆい 充血 赤い 涙 痛い ゴロゴロ かわく 疲れる
はれた みえにくい 黒いものが見える 二重に見える 視野が狭くなった
検査希望 (メガネ コンタクト 白内障 緑内障 眼底) 検診で勧められた
その他 ()

・ どちらの目ですか

右 左 両

・ いつごろからですか () より

急に 徐々に 気づいたらなっていた

・ 眼科に受診したことはありますか

いつごろ () どこに ()
どうして ()

・ 現在かかっている、もしくはかかった病気を教えてください

特にない

ある 糖尿病 高血圧 高コレステロール 心臓 腎臓 肝臓 ぜんそく
膠原病 (リウマチなど) アトピー アレルギー ()
その他 ()

・ 現在使っている薬やサプリメントがありますか

ない ある ()

・ お薬で調子が悪くなったり、アレルギーなどで禁止されているものがありますか

ない ある (ピリン ペニシリン その他 ())

・ 目をはじめとした健康を保つ栄養成分を配合したサプリメントに関心はありますか

ない ある

・ メガネ、コンタクトレンズを所持されていますか

いいえ はい (メガネ (遠く用 手元用) コンタクト (ハード ソフト 使い捨て))

・ 女性のみお答えください

妊娠していますか いいえ はい () ヶ月 可能性はある
授乳中ですか いいえ はい