

# 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 ( ) )

## ・ 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