

# 問診票

令和 年 月 日 No. \_\_\_\_\_

ふりがな ( \_\_\_\_\_ )

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女 \_\_\_\_\_ 職業 ( \_\_\_\_\_ )

生年月日 ( 西暦 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 ) ( \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 )

郵便番号 〒 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

ご住所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

携帯番号 ( \_\_\_\_\_ ) - \_\_\_\_\_

## 1. 本日の来院手段

① 徒歩 ② 自転車・バイク ③ バス ④ 電車 ⑤ 車 ⑥ その他 ( \_\_\_\_\_ )

2. どちらの目の具合が悪いですか? ( 両眼 ・ 右眼 ・ 左眼 )

3. 症状はいつからですか? ( \_\_\_\_\_ 日前～ ・ \_\_\_\_\_ 月前～ ・ \_\_\_\_\_ 年前～ )

## 4. 本日の来院理由をご記入ください。

- ① 視力低下 ② 目が乾く ③ 目が痛む ④ 目やにが出る ⑤ 目が疲れる ⑥ 充血  
⑦ 黒いものが飛んでいる ( 飛蚊症 ) ⑧ 視野が欠ける ⑨ 涙が出る  
⑩ 異物が入った ⑪ 目がかゆい ⑫ まぶたの腫れ ( できもの ) ⑬ 歪んで見える  
⑭ 白内障相談 ⑮ 黄斑前膜相談 ⑯ 緑内障相談 ⑰ コンタクトレンズを作りたい  
⑱ 眼鏡を作りたい ⑲ その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 5. 普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか?

いいえ ・ はい ( 眼鏡 ・ コンタクト )

コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか? ( はい ・ いいえ )

## 6. 現在、他の眼科で治療中ですか? ( はい ・ いいえ )

はいとお答えの方… ( 病院名: \_\_\_\_\_ 薬: \_\_\_\_\_ )

## 7. 今までに目の病気や治療 (手術・レーシック) をされたことがありますか?

( はい ・ いいえ )

はいとお答えの方… ( 病名: \_\_\_\_\_ 治療内容: \_\_\_\_\_ )

## 8. 以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか?

糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 特になし

その他 ( \_\_\_\_\_ )

## 9. 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか? ( はい ・ いいえ )

はいとお答えの方… ( 薬品名: \_\_\_\_\_ 食べ物: \_\_\_\_\_ )

## 10. 当院を何でお知りになりましたか?

インターネット、チラシ、ポスター・看板、知人の紹介、その他 ( \_\_\_\_\_ )