

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	大・昭・平 年 月 日 ( 歳)	
住所	〒	電話	自宅	( )
Email			携帯	( )

**1. 今日はどうなさいましたか？ あてはまるものにすべて✓をつけてください。**

**特に気になる症状には○をしてください。**

- (両眼 右眼 左眼) : いつ頃から症状がでましたか？ ( ) 頃から
- 見えにくい かすむ 遠くが見づらい 近くが見づらい 部分的に見づらい 歪んで見える 涙がでる まぶしい 瞼の痙攣
- まぶたが腫れた 黒目が白い 何か入った ぶつけた 眼が痛い 眼がかゆく 眼がつかれる ごろごろする 眼がかゆい
- 眼が赤い めやにが多い ごみのようなものが飛んで見える ものが二重に見える 逆さまつ毛 まぶたが下がった
- 健康診断、学校・3歳時検診の後、眼科受診指示
- 高血圧・糖尿病により、眼科受診指示
- 指摘された病名 (視神経乳頭陥凹拡大 弱視 斜視 その他 ( ) )
- 眼鏡を作りたい コンタクトレンズを作りたい 手術相談/希望 眼底検査希望
- コンタクトレンズ希望の方は専用の問診表に記載していただきますので受付へお伝えください。
- その他 具体的にお書きください ( ) )

**2. 眼鏡やコンタクトレンズを使用していますか？**

- 何も使用していない 眼鏡を使用している〔遠くを見る時に 新聞等を読む時に 遠近両用〕
- コンタクトレンズを使用している〔ハード ソフト 使い捨てレンズ カラーレンズ〕

**3. 今までに目の病気にかかった事や治療・手術を受けたことはありますか？**

- いいえ
- はい (どんな病気でしたか： ) )
- LASIK (レーシック手術) 白内障手術
- その他眼科手術 ( ) )

**4. 今までに次のような病気をされたことがありますか？**

- いいえ
- 糖尿病 高血圧 心臓病 腎臓病 喘息 肝臓病 アトピー
- 胃・十二指腸潰瘍 関節リウマチ
- ・上記以外に現在治療されている病気はありますか。

- いいえ
- はい 病名 ( ) )
- ◆現在使用中の薬はありますか？ 薬剤名 ( ) )

**5. 薬や食べ物などにアレルギーはありますか？**

- いいえ
- はい 花粉 ハウスダスト 痛み止め (薬剤名： ) )
- 抗生物質 (薬剤名： ) )
- その他 (薬剤名や食品名： ) )

**6. タバコは吸いますか？** 吸わない 吸う 過去に吸っていた (1日 本、約 年間)

**7. お酒は飲みますか？** 飲まない 飲む (種類 、 1回 杯、毎日 時々 月2~3回)

**8. 妊娠していますか？** いいえ はい (妊娠 ヶ月) 可能性あり 授乳中

**9. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？**

- 知人・家族 ( ) さまの紹介 他院の紹介 ( ) ) 看板
- 電柱広告 家が近い インターネット検索 Facebook Google 広告 電車内広告 バス車内広告 駅広告 内覧会案内 区役所内広告 薬局の紹介
- その他 ( ) )

**10. ご興味あるものがありますか？**

- アレルギー原因の血液検査 (保険) 緑内障早期発見 (保険) ドライアイ治療 (自費)