

問 診 票

SCAN	保険証
------	-----

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	男 ・ 女	
氏 名		生年月日	大・昭・平・令 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 眼がかわく 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
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)