

問診票

フリガナ		男	電話番号	
氏名		・	携帯番号	
		女	職業	
生年月日	明・大・昭・平	年	月	日 (歳)
住所	〒			

- 1) どうなさいましたか 右眼 左眼 両眼
 視力低下 目がかすむ 目が赤い 黒いものが飛ぶ 目が疲れる
 ものが二重に見える 目やにが出る ゴロゴロする 目がかゆい 目が乾く
 健康診断で薦められた 眼鏡がほしい コンタクトがほしい その他
 → コンタクトを使用中の方にお尋ねします
 ① コンタクト使用歴: 年
 ② 1日の装用時間: 時間 / 週に 日間使用
 ③ 現在使用中のコンタクト名: ()
- 2) いつ頃からですか ()前より
- 3) 本日、車やバイク、自転車など乗り物の運転予定はありますか ある ない
- 4) これまで眼科へ通っていましたか いいえ はい
 → はい、とお答えした方にお尋ねします
 ① 病院名: ()
 ② 病 名: ()
 ③ 処方薬: ()
- 5) 次の病気にかかったことがありますか いいえ はい
 → はい、とお答えした方にお尋ねします
 高血圧 糖尿病 心臓病 喘息 花粉症 アレルギー性鼻炎 リウマチ
- 6) 現在服用中の薬はありますか いいえ はい
 → はい、とお答えした方にお尋ねします 薬名: ()
- 7) 目薬や飲み薬、注射で異常が起こったことがありますか いいえ はい
 → はい、とお答えした方にお尋ねします 薬名: ()
- 8) ご希望される検査はありますか
 白内障 緑内障 眼底 眼鏡 コンタクトレンズ
- 9) 現在、妊娠中または授乳中ですか 妊娠中 授乳中
- 10) 何を見て来院されましたか
 知人/家族からの紹介 コンタクト店からの紹介 薬局からの紹介 看板 電話帳
 折り込みチラシ 投函チラシ バス広告/タウン誌 ホームページ/iタウンページ