

《 問 診 票 》

来院日

氏名

1. 本日はどうされましたか？ 気になることにチェックしてください。

右眼 左眼 両眼 いつ頃から：_____か

- 乾く ゴロゴロする 痛い ぶつけた ゴミが入った
 充血 メヤニが出る かゆい 涙が出る 腫れている
 疲れる できものがある まぶしい 見えにくい かすんで見える
 眼の中に何か飛んでいる 物が二つに見える ゆがんで見える

コンタクト作成希望（ソフト・ハード） ※コンタクト処方箋のみの発行はしていません

- 初めて作成する
 現在使用している
 過去に使用していた



使用している(していたコンタクトレンズ)

・商品名:

・度数/BC: 右) _____ 左) _____ /BC: _____

眼鏡作成希望 検診・人間ドックの結果、受診をすすめられた

その他 _____

2. これまでに、眼の手術・レーザー治療・視力矯正術を受けたことがありますか？

なし

あり 手術名： _____ 手術日： _____

3. 現在、治療中の病気にチェックしてください。

- なし 糖尿病 高血圧 心疾患 脳梗塞
 喘息 高脂血症 その他 _____

4. お薬について(お薬手帳をお持ちでしたら受付にお出してください)

現在使用している(下記にご記入ください) 現在使用していない

薬剤名： _____

薬を使用して具合が悪くなったことがある

薬剤名： _____ 症状： _____

5. 女性の方へ

妊娠している、または妊娠の可能性がある 授乳中 左記該当なし