

# 《 問 診 票 》

来院日 年 月 日

ふりがな

お名前

性別 男・女

ご職業

生年月日 大・昭・平・令

年 月 日 年齢 歳

住所 〒 -

電話番号

本日の交通手段 徒歩・自転車・バイク・自動車

## 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：\_\_\_\_\_から

- 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
- 学校検診・健康診断・人間ドックの結果、受診をすすめられた

(詳細ご記入ください)

その他 \_\_\_\_\_

眼鏡作成希望

コンタクト作成希望 ※コンタクト処方箋の発行、度数の案内のみは行っておりません  
(ソフト ハード)

- 初めて作成する
- 現在使用している
- 過去に使用していた



・種類：1DAY 2WEEK ハードレンズ その他

・商品名：

・度数： 右)\_\_\_\_\_左)\_\_\_\_\_ BC:\_\_\_\_\_

・使用頻度/使用年数： \_\_\_\_\_ /

## 2. 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 (右眼・左眼・両眼)

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  花粉症  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  具合が悪くなったことはない

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

書き終わりましたら、受付にお持ち下さい。