

問診票

名前() 年齢(歳)

○今日はどうなさいましたか？

診察希望 視力検査希望 メガネの検査希望 コンタクトレンズの検査希望
健康診断などでの再検査指示(検診日 内容)
その他(内容:)

○現在の症状をご記入ください

どちらの眼ですか？ → 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼
いつからですか？ → () 日前 ・ () 週間前 ・ () カ月前

どのような症状ですか？

見辛い かすむ 乾燥 かゆみ 疲れ 充血 痛み
メヤニ ゴロゴロ 涙 腫れ 何か入った 黒い点が見える
花粉症 その他()

○今までに眼の病気、検査、手術をしたことがありますか？

ない
ある → いつ頃() どちらの眼() 病名()
検査、手術の内容()

○眼科以外で、定期通院している診療科、現在治療中の疾患などがありますか？

ない
ある → 高血圧 糖尿病 心臓病 花粉症 ぜんそく 鼻炎 アトピー
先天性疾患() その他()

○現在使用中のお薬はありますか？

ない
ある → お薬手帳の持参 あり ・ なし(なしの方は下記に薬名をご記入ください)
薬名()

○現在使用中の点眼薬はありますか？

ない
ある → 点眼薬名()

○薬のアレルギーはありますか？

ない
ある → 薬名()

○血縁者に眼の病気にかかった方はいますか？

いない
いる → 父 母 ・ 兄 弟 姉 妹 ・ 祖 父 祖 母 (緑内障・網膜剥離・網膜色素変性症・その他)

○メガネは使用していますか？

はい → いつ頃作成しましたか？ → () 頃
→ 遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用 ・ 中近両用
いいえ → 以前は使っていた ・ 使ったことはない

○コンタクトレンズは使用していますか？

はい → 使い捨て(1日 ・ 2週間 ・ 1ヵ月) ・ 常用タイプ(ハード ・ ソフト)
いいえ → 以前は使っていた() 頃まで使っていた ・ 使ったことはない

★女性の方にうかがいます

妊娠はされていますか？ → していない ・ 可能性あり ・ している() カ月
授乳はされていますか？ → していない ・ している