

問診票

○今日はどうなさいましたか？

診察希望 視力検査希望 メガネ検査希望 コンタクトレンズ検査希望
健康診断や人間ドックでの再検査指示(検診日) 内容 ()
その他()

※必ずご記入ください

名前 ()
年齢 (歳)

○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？
→ 今日 ・ 昨日 ・ 一昨日
() 日前 ・ () 週間前
() カ月前 ・ () 年前

○どのような症状ですか？

見え辛い かすむ 乾燥 疲れ
かゆみ メヤニ 充血 痛み
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()

○30歳以上の方へ。OCT撮影のご希望はありますか？

はい ・ いいえ ・ 相談する
※検査受付は AM12:30 PM17:30までです。
所要時間5分前後、費用は3割負担で600円前後。視神経と黄斑部の断層写真で緑内障や黄斑変性などの疑いを確認します。

○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、持病、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 心疾患
花粉症 ぜんそく 鼻炎 アトピー
感染性疾患()
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 → 現在ご使用のメガネは どのくらい前に作成しましたか？ → () 頃
→ 遠くを見る用 ・ 近くを見る用 ・ 遠近両用 ・ 中近両用
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

○コンタクトレンズは使用していますか？

はい → 使い捨てタイプ (1日 ・ 2週間 ・ 1ヵ月) ・ 常用タイプ (ハード ・ ソフト)
装用頻度は → (週に 日) ・ 装用時間は → (1日 時間)
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