

問 診 票

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	明治・大正・昭和・平成 年 月 日
住所			
電話	自宅	職業	
	携帯		

調子が悪いのはどちらの目ですか？	いつからですか？
右眼 ・ 左眼 ・ 両眼	()時間前から ・ ()日前から ()週間前から ・ ()カ月前から
どのような症状でしょうか？ しるしをつけてください	
<input type="checkbox"/> 痛い <input type="checkbox"/> 乾く <input type="checkbox"/> 黒い点や糸くずが見える <input type="checkbox"/> かゆい <input type="checkbox"/> 涙が出る <input type="checkbox"/> ゆがんで見える・二重に見える <input type="checkbox"/> まぶたが腫れている <input type="checkbox"/> 充血している <input type="checkbox"/> 疲れる <input type="checkbox"/> かすむ・ぼやける <input type="checkbox"/> 目やにが出る <input type="checkbox"/> メガネを作りたい <input type="checkbox"/> 見えにくい(遠・近) <input type="checkbox"/> ゴロゴロする <input type="checkbox"/> コンタクトレンズを作りたい(1day ・ 2week ・ ハード)	
上記以外の症状があればできるだけ詳しく記入してください	
普段コンタクトレンズを使用していますか？	
はい (1day ・ 2week ・ 1ヶ月 ・ その他ソフト ・ ハード) いいえ (使用歴あり ・ 使用歴なし)	
現在治療中、もしくは今までに目の病気を指摘されたことがありますか？	
はい (いつ頃:) (症状・病名など:) ・ いいえ	
現在治療中、もしくは今までに体の病気を指摘されたことがありますか？	
はい (糖尿病・高血圧・膠原病・アレルギー・その他()) ・ いいえ	
現在使用中のお薬(目薬・飲み薬など)はありますか？ お薬手帳をお持ちの方はご提出ください。	
はい (薬名 :) ・ いいえ	
今までに目薬・飲み薬・注射で副作用(発疹・気分不良など)が起こったことはありますか？	
はい (薬名 :) ・ いいえ	
女性の方へ 現在妊娠中もしくは授乳中ですか？	
はい (妊娠中 or 授乳中) ・ いいえ	