

周りの方にはやり目（アデノウイルス）の感染を指摘された方がいらっしゃいましたらお申し出ください

【 問 診 票 】

ふりがな

お名前

(男・女) 生年月日

大正・昭和

平成・令和

年

月

日

( 歳)

ご住所

日中連絡がとれる電話番号 ( )

-

ご職業

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？

診察をご希望の方

症状などをお書きいただけますか？

検査をご希望の方

視力検査  眼圧検査  眼底検査

めがねを作りたい  コンタクトレンズを作りたい

めがね・コンタクトレンズが合っているか調べたい

近視抑制治療

オルソケラトロジー  マイオピン  サプリ

まつ毛育毛  その他

2. 眼科で今までにかかれた病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

白内障  緑内障  斜視  その他 [ ]

3. 普段メガネを使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )

使用している方へ→ ( 近視 ・ 遠視 ・ 乱視 ・ 老視 ・ 遠近両用 ・ 中近両用 )

いつ頃作られましたか？ [ ]

4. 普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ ( はい ・ いいえ )

コンタクトレンズ処方をご希望の方は、2枚目の用紙にご記入お願いいたします。

使用している方へ→ どのようなコンタクトですか？ ( ハード ・ 1 day ・ 2 week ・ その他 )

いつ頃作られましたか？ [ ] レンズ名 [ ] 度数 [右 左 ]

本日はコンタクトを装用して来られましたか？ ( はい ・ いいえ )

6. 眼科以外で通院されている病気はありますか？ ( はい ・ いいえ )

糖尿病  高血圧  心臓病 (具体的に )

アレルギー (具体的に )  その他 [ ]

7. ご家族 (血縁者) に緑内障の方はいらっしゃいますか？ ( はい ・ いいえ )

8. 今日はお車の運転をしますか？ ( はい ・ いいえ )

9. 当医院を何でお知りになりましたか？ [ ]