

【 問 診 票 】

スキャン済

フリガナ  
お名前 (男・女)生年月日 西暦 年 月 日( 歳)

ご住所 〒

日中連絡が取れる電話番号 ( ) - ご職業

1. 本日はどのようなことで来院されましたか？症状、発症時期等を記入・選択してください。

- 視力検査  眼圧検査  眼底検査 (午前 11:30 まで・午後 16:30 まで 土曜 11:00 まで)
- 眼鏡を作りたい  コンタクトレンズを作りたい **※眼鏡とコンタクトレンズの同日処方は行っておりません**
- 眼鏡・コンタクトレンズが合っているか調べたい
- 緑内障ドッグ(自費診療 11000 円になります)
- 近視抑制治療**  オルソケラトロジー  マイオピン  多焦点コンタクト  サプリメント
- まつ毛育毛  アイシャンプー  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  白内障  緑内障  斜視  アレルギー性結膜炎  その他
- いいえ

3. 普段眼鏡を使用されていますか？

- はい  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？:( )
- いいえ

4. 普段コンタクトレンズを使用されていますか？

- はい  ハード  1day  2week  その他( )
- レンズ名:( ) 度数:右( ) 左( )
- いつ頃作られましたか？:( )

いいえ

本日はコンタクトレンズを装着していますか？  はい  いいえ

5. 現在、眼科以外で通院されている病気はありますか？また、服薬していますか？

- はい  糖尿病  高血圧  喘息  心臓病(具体的に )
- アレルギー・花粉症(具体的に )  その他( )
- いいえ

6. 薬や食品などでアレルギーを起こしたことはありますか？  はい( )  いいえ

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. 周りの方に充血している方(アデノウイルスの方)はいらっしゃいますか？  はい  いいえ

9. 本日はお車の運転をされますか？  はい  いいえ

10. 当院を何でお知りになりましたか？ ( )