

問診票

★お名前でお呼びすることをご希望されない方は受付スタッフまでお申し出ください

フリガナ	年齢	連絡先電話番号	職業
お名前	歳		
〒	ご住所		

●以下に当てはまる症状があれば○で囲んでください

・見え方に問題がある

症状	どちらの眼か			いつから
	両	右	左	
かすみ目				頃～
視力低下				頃～
ゴミのような物が見える				頃～
物が二重に見える				頃～
物がゆがんで見える				頃～
その他の症状				頃～
症状を記入してください				

・眼の調子が悪い

症状	どちらの眼か			いつから
	両	右	左	
充血				頃～
メヤニ				頃～
かゆみ				頃～
痛み				頃～
涙				頃～
その他の症状				頃～
症状を記入してください				

*眼底検査はご希望ですか？

目薬を点し瞳を開いて行う
眼の奥の詳細な検査です

はい / いいえ

*本日運転して来られましたか？

または、この後
運転される予定ですか？

はい / いいえ

**★眼鏡・コンタクトレンズ
作成希望の方へ**
専門的に検査を行うため、
事前に予約が必要です



●診察に関してのご要望はありますか？

・症状のみへの診察を受けたい ・全体的に眼の状態を知りたい ・詳しい説明を聞きたい

●現在、コンタクトレンズを使用していますか？…… はい / いいえ (ハード・1day・2week)

●メガネはお持ちですか？…… はい / いいえ (遠く用・近く用・遠近両用)

●普段車は運転されますか？…… はい / いいえ (次回免許更新： 年)

●今までに眼科で治療を受けたことがありますか？… はい / いいえ
「はい」と答えた方へ…病名は何ですか？ 白内障 緑内障 ドライアイ 網膜剥離 結膜炎 その他 (

手術はされましたか？…… はい / いいえ
どちらの病院で、いつ頃手術されましたか？…… (病院名： 年月頃)

●現在、目薬を点眼していますか？…… はい / いいえ (目薬の名前：)

●眼以外の病気で現在治療中、もしくは治療した病気はありますか？… はい / いいえ
「はい」と答えた方へ…病名は何ですか？ 糖尿病 心疾患 高血圧 その他(

●アレルギー体質はありますか？…… はい / いいえ
「はい」と答えた方へ… 花粉症 鼻炎 喘息
食べ物() 薬剤() その他()

●次の項目で該当するものがあれば○で囲んでください

・妊娠してる(ヶ月) ・授乳中 ・血液が止まりにくい