

《 問 診 票 》

フリガナ.....

お名前 _____

〒

ご住所 _____

電話番号 _____

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日生まれ

性別 男・女

1. 症状があるのはどちらの眼ですか？ 右眼・左眼・両眼

2. 症状が出たのはいつ頃からですか？ _____ 前から

3. 症状に印をお付けください。

- | | | |
|--|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> かすんで見える | <input type="checkbox"/> 眼やにが出る | <input type="checkbox"/> できものがある |
| <input type="checkbox"/> まぶしい | <input type="checkbox"/> 眼がかゆい | <input type="checkbox"/> 眼をぶつけた |
| <input type="checkbox"/> 物が二つに見える | <input type="checkbox"/> 眼が腫れている | <input type="checkbox"/> 眼が痛い |
| <input type="checkbox"/> 見えにくい | <input type="checkbox"/> 充血 | <input type="checkbox"/> 眼にゴミが入った |
| <input type="checkbox"/> 眼の中に何か飛んでいる | <input type="checkbox"/> 涙が出る | |
| <input type="checkbox"/> 検診・人間ドックの結果、受診をすすめられた | | |

その他 _____

4. 眼鏡・コンタクトレンズ作成希望 眼鏡（遠・近） コンタクトレンズ

*コンタクトレンズを使用されたことはありますか？ 有 無

*今回希望のコンタクトレンズの種類は何ですか？

ハード ソフト ソフト(使い捨て) 未定

5. 眼科にかかれたことはありますか？

有 いつ頃 _____ どこに _____
なにで _____

無

6. 現在使用しているお薬はありますか？

有 _____

無

7. 今までに眼の手術やレーザー治療を受けられたことはありますか？

有 _____

無

8. 現在治療中の病気はありますか？

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 糖尿病 | <input type="checkbox"/> 高血圧症 | <input type="checkbox"/> 高脂血症 | <input type="checkbox"/> 脳梗塞 |
| <input type="checkbox"/> 心臓疾患 | <input type="checkbox"/> 喘息 | <input type="checkbox"/> 花粉症 | <input type="checkbox"/> アトピー |

その他 _____

9. 妊娠の可能性はありますか？ 有 無