

問診表

西暦 年 月 日

ふりがな _____	生年月日 西暦 年 月 日	年齢 (歳)
氏名 _____ (男・女)	職業 _____	
郵便番号 _____	電話番号 _____	
住所 _____	携帯 _____	

【1】 症状はいつ頃からですか。

(今日から ・ _____ 日前から ・ _____ 週間前から ・ _____ か月前から ・ _____ 年前から)

【2】 どの眼に症状がありますか。

※未就学児の方は、体重をお書きください。

(右 ・ 左 ・ 両) _____ kg

【3】 症状をお聞かせください。

- 1) 赤い 2) 眼やにがでる 3) かゆい 4) 涙が出る
5) ごろごろする 6) 乾く 7) 痛い 8) 疲れる
9) 腫れている 10) 何かがとんでみえる 11) 見づらい (遠く・近く・その他)

12) メガネを作りたい 13) コンタクトレンズを作りたい ※「コンタクトレンズ処方箋発行のみ」は行っておりません

14) 人間ドック・検診・学校検診で (_____) と言われた

15) その他 (_____)

【4】 目やまぶたの病気にかかったこと、手術をしたことはありますか。

1) ない 2) ある いつ _____

診断名 _____ 病院名: _____

【5】 これまでお体の病気にかかったことはありますか。

1) ない 2) ある 【高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・リウマチ・呼吸器疾患
胃腸病・腎臓病・脳疾患・肝臓病・整形外科】
【その他 (_____)】

【6】 アレルギーはありますか。

1) ない 2) ある 【花粉症・アレルギー性鼻炎・アトピー性皮膚炎・ぜんそく
食べ物・薬・その他 (_____)】

【7】 花粉症などの原因がわかる簡易アレルギー検査を希望しますか。 *お子様でもご本人のご協力が得られれば可能です

1) いいえ 2) はい *保険適応 (3割で3000円) *結果は20分ほどで分かります

【8】 現在、何か使っているお薬 (目薬・のみ薬) はありますか。

1) いいえ 2) はい お薬名 _____

【9】 ご家族の中で以下の病気の方はいますか。

1) いない 2) いる 【緑内障・網膜色素変性症・その他 (_____)】

【10】 普段コンタクトレンズは使用しますか。

1) いいえ 2) はい
「はい」とお答えになった方 ⇒ コンタクトレンズのタイプ (ハード・1day・2week・その他)

度数 右 (_____) 左 (_____) ・不明

本日コンタクトレンズを装用していますか。 1) はい 2) いいえ

※診察の際にコンタクトレンズをはずしていただく場合があります。

【11】 (女性の方のみ) 現在、妊娠している。またはその可能性はありますか。

1) いいえ 2) はい (_____ か月)

《初めて来院される方へ》 何をご覧になって来院されましたか。

【 ホームページを見て ・ お知り合いからの紹介 (お名前 _____)
インスタグラムを見て ・ 通りがかり ・ その他 (_____) 】

【12】 当院では、保険診療のほかに、自費診療（保険対象外の自由診療）も行っています。目の状態によっては、自費診療も希望されますか？

1) いいえ 2) はい

「はい」とお答えになった方 ⇒ オルソケラトロジー（近視矯正）
ICL（近視矯正手術）
多焦点眼内レンズ（白内障手術）
IPL（ドライアイ、マイボーム腺機能不全治療）
美容のボトックス（表情じわ）

お書きいただいた情報は、個人情報保護法に基づき、院内のカルテ作成のために使用します。医学研究の発展のため、当院を受診される患者様の診療データを、個人が特定できないよう匿名化を行ったうえで、学会や論文発表に使用させていただくことがあります。希望されない場合は受付にお申し出ください。

西暦 年 月 日

氏名 _____

代理人署名 _____（続柄 ）