

問 診 表

記載日 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】 どちら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) 腫れている 9) ぶつけた

10) 何かがとんでみえる 11) 見づらい (遠く・近く・その他) 12) 疲れる

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・学校健診で () 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 【白内障・緑内障・ものもらい・眼瞼下垂・二重手術・レーシック・その他】

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・呼吸器疾患・リウマチなど膠原病
胃腸病・肝臓病・腎臓病・脳疾患・血液疾患・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 _____)
Instagramを見て ・ 通りがかり ・ その他 (_____) 】

裏面も記入をお願い致します⇒

【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は当てはまるものにチェックを入れてください。

- ☐ 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）
- ☐ アップニーク（後天性眼瞼下垂の目薬）

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 ）