

眼科問診票

(フリガナ)

(代筆の場合)

お名前

男・女 受診者との関係：

生年月日

明治・大正・昭和・平成

年

月

日

〒

—

ご住所

電話番号

① この度はどういうことで来院されましたか？

(例) 右眼が昨夜から痛い。

② 今までにかかったことのある病気がありますか？

なし・あり (ありの場合は下の当てはまるものに○をつけてください)

(白内障・緑内障・アレルギー性結膜炎・アレルギー性鼻炎・ぜんそく
糖尿病・高血圧・高脂血症・心臓病・腎臓病・肝臓病
前立腺肥大・アトピー性皮膚炎・その他 ())

③ 現在、服用されているお薬はありますか？

いいえ・はい (お薬名：)

※くすり手帳がございましたら、くすり手帳をお出してください。

④ 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

いいえ・はい (ある場合は具体的に：)

⑤ 今、コンタクトレンズを装用していますか？ (はい・いいえ)

⑥ 12歳以下のお子様の場合

・現在の体重を記入して下さい。 (kg)

⑦ 女性の方にお尋ねします。

・妊娠していますか？ (はい (週目) ・いいえ・わからない)

・授乳中ですか？ (はい・いいえ)

⑧ ①で「コンタクトレンズご希望」の方

・コンタクトレンズは初心者ですか？ (はい・いいえ)

・本日、眼鏡をご持参されていますか？ (はい・いいえ・作っていない)

・経験者の方は、どのようなコンタクトレンズをご希望ですか？

(例) 使い捨て1Day、メーカー、度数など)