

問診表

カルテNo. _____ お名前 _____

住所 〒 _____ 電話番号 _____

1 : あなたの症状を○で囲んでください。(書ける範囲でお答えください)

- 1 見えにくい (右・左) _____
- 2 目 や に (右・左) _____
- 3 充 血 (右・左) _____
- 4 痛 み (右・左) _____
- 5 か ゆ み (右・左) _____
- 6 涙 が 出 る (右・左) _____
- 7 目 が 乾 く (右・左) _____
- 8 黒いものがとぶ (右・左) _____
- 9 上下まぶたの腫れ (右・左) _____
- 10 ころころする (右・左) _____
- 11 二重に見える (右・左) _____
- 12 疲 れ る (右・左) _____
- 13 検診 (視力・眼底検査・学校健診)
- 14 メガネ希望 (遠用・近用・遠近両用)
- 15 コンタクト希望 (両・右・左:初めて) 希望レンズ種類 _____
- 16 その他 _____

2 : 今まで目の病気やケガ・手術をしたことはありますか？

- ・ ない
- ・ ある 白内障 緑内障 糖尿病網膜症 網膜剥離 その他
いつ頃 _____ 病院名 _____

3 : 現在、目以外の病気で通院・治療を受けていますか？

- ・ いない
- ・ いる 糖尿病【・血糖 食後 時間 ・HbA1c 】
高血圧【薬 有・無】心臓病 脳疾患 喘息 アレルギー
アトピー 花粉症 その他【 _____ 】

4 : 今まで使った薬で具合の悪くなったことはありますか？

- ・ ない
- ・ ある 薬の種類 : _____

5 : 妊娠していますか？

はい・いいえ

6 : メガネ

- ・ 持っている (遠用・近用・遠近両用)
- ・ 持っていない

7 : コンタクトレンズ

ハード ・ ソフト ・ 使い捨て (ワンデー・2週間・1ヶ月)

8 : 当医院を知ったきっかけは？

- 1. お知り合いまたは、家族からの紹介
- 2. 近所だから
- 3. インターネット(当医院のホームページ・検索サイトなど)