

# 問 診 票

フリガナ  
患者氏名

《以下の該当事項に○印もしくはご記入ください》

・本日受診された症状(理由)を教えてください

充血(赤くなった)

目がかわく

紹介状持参

目やにが出る

定期検査

受診をすすめられた

目が痛い

見えにくい

眼鏡を作りたい

目が腫れた

目がかすむ

コンタクトレンズを作りたい

目がかゆい

飛蚊症

( 新規作成希望 現在使用中 )

その他 :

・その症状はどちらの眼ですか 右 左 両方

・その症状はいつからですか ( )

・今までに目の病気・眼の手術をしたことがありますか

なし

あり ( 歳 : 白内障 レーシック ICL 二重まぶた その他: )

・眼科以外で、内服中の病気や手術をしたことがありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 脳梗塞 腎臓病 コレステロール 前立腺肥大

その他 :

・薬剤アレルギーはありますか？ はい (薬剤名 症状 ) いいえ

・今日は運転(車・バイク・自転車)で来ましたか？ はい いいえ

・メガネを使用していますか？ はい いいえ

・コンタクトレンズを使用していますか？ はい いいえ

・今日はコンタクトレンズをつけていますか？ はい いいえ

・ご家族に眼の病気・手術をした方がいますか？

いない いる( ご関係: )

・コロナワクチンの接種回数を教えてください 回 接種済み

・女性の方へ現在妊娠していますか？ はい いいえ