

問 診 票

記入年月日： 年 月 日

1. 来院目的に該当する症状に○をつけてください。(複数回答可)

◇目の症状

どちらの目？【 右・左・両目 】 頻度は？【 常時・時々 】

いつから？【 本日・ 日前・ 週間前・ か月前・ 年前 】

眼が乾く・ 疲れる・ 充血・ しみる・ 異物感・ 目ヤニが出る・ 涙が多い
痛い(目の表面・目の周り・目の奥)・ かゆい

※ 現在の症状に思い当たる原因があれば教えてください。

【 異物が入った・花粉症・ドライアイ・その他() 】

◇見え方

どちらの目？【 右・左・両目 】 感じ方は？【 急激に・徐々に・気づいたら 】

いつから？【 本日・ 日前・ 週間前・ か月前・ 年前 】

見えにくくなった(遠く・近く・全距離)・ かすむ・ まぶしい・ ものが二重に見える
視界がかけて見える・ ゴミのようなものが見える・ その他()

コンタクトレンズ検査(特に気になる症状がない) ・ メガネを作りたい

【 使用頻度 週 日 】 【 装用時間 1日 時間 】 【 使用レンズ 】

2. 過去に目の病気をされたり、手術を受けられたことはありますか？

ない・ ある 【 病名 何歳頃？ 】

3. 眼科以外に現在治療中の病気はありますか？

ない・ ある 【 病名 糖尿病(HbA1c)・高血圧・心疾患・腎臓病(透析 有・無)・
喘息・花粉症(月頃～ 月頃)・その他() 】

4. 現在飲んでいる薬はありますか？

ない・ ある 【 お薬手帳 あり・なし → 薬の名前 】

5. アレルギーがありますか？

ない・ ある 【 アレルギー 】

6. 今までに薬剤過敏症がありましたか？

ない・ ある 【 薬品名 】

7. 自動車の運転について

しない・ する 【 次回免許更新日 令和 年 】

8. 他病院や老人保健施設に入院・入所中ですか？

いいえ・ はい 【 病院・施設名 】

9. 工作中・通勤中または第三者行為による病気・けがですか？

いいえ・ はい

10. 女性の方へ 現在妊娠中・授乳中ですか？

いいえ・ はい 【 妊娠中・妊娠の可能性あり・授乳中 】

● 診断書を希望する。(別途費用患者さま負担) 【 必要 】

署名

ご協力ありがとうございました。