

問診票

令和 年 月 日

(フリガナ)

お名前 _____ (男性・女性)

生年月日 大正 昭和 平成 令和 年 月 日 (歳・月)

住所 (〒 -) 市 町

携帯電話 _____ 自宅電話 _____

(1) あてはまる症状に○をご記入ください。

部位 右目 左目 両目 時期はいつ頃からですか? _____

症状 痛み かゆみ かたく ぼやける 中心が見えない ゆがんで見える 視野が狭い 二重に見える)
見えにくい (ぼやける 中心が見えない ゆがんで見える 視野が狭い 二重に見える)

() 白内障手術の相談・希望

() メガネ処方の希望 ※予約制のため、後日のご案内になる場合がございます。

() コンタクトレンズの希望

※コンタクトレンズ処方箋の発行のみは承っておりません。当院で初めての処方の場合は
受付終了1時間前までとなります。

() 近視治療・オルソケラトロジー の相談・治療

※オルソケラトロジー適応検査は受付終了の1時間前までとなります。

() 健康診断で異常を指摘された () 学校検診で視力低下を指摘された

() その他 ()

(2) 目の手術歴はありますか? (はい・いいえ)

はいの方 時期 _____ 手術内容 _____

(3) 現在の症状について他院で治療を受けましたか? (はい・いいえ)

(4) 本日、散瞳検査は可能ですか? (はい・いいえ)

※散瞳検査をすると数時間、眩しくなり車の運転に支障をきたす事がございます。

(5) 本日メガネはお持ちですか? (はい・いいえ)

(6) 今までにコンタクトレンズを使用したことはありますか? (はい・いいえ)

本日はコンタクトレンズを装着していますか? (はい・いいえ)

(7) 現在または過去の病気があればお書きください。

高血圧 糖尿病 その他 ()

お薬のアレルギー ()

(8) 目薬でアレルギー症状を起こした事がありますか? (はい・いいえ)

(9) 女性の方にお聞きします。現在妊娠している可能性はありますか? (はい・いいえ)

ご記入ありがとうございました。診察または検査に呼ばれるまでしばらくお待ちください。いがや眼科クリニック