

# 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 ごろごろする めやに 充血 はれ 黒い物が見える 光が見える  
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

( ) 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。

( ) 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)

はいの方 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