

問診票

フリガナ 名前 /	
生年月日 / 大 昭 平 令 正 和 成 和 年 月 日	性別 / 男 女
住所 / 〒 _____ 市 _____ 区 町	
電話番号 / _____ - _____ - _____	職業 / _____

1. 本日はどうされましたか？

- 処方してほしい → メガネ コンタクトレンズ
- 検査してほしい → 視力 眼底 緑内障 白内障 糖尿病
- _____
- 診てほしい → ① いつから？ _____
(症状がある) ② 両 (眼・まぶた) 右 (眼・まぶた) 左 (眼・まぶた)
- ③ 赤い かゆい 腫れた 痛い
- 目やに 疲れる 乾く まぶしい
- ぶつけた 何か入った (_____)
- 見づらい・かすむ 見えていない部分がある
- 糸くずや光などが見える ゆがんで見える
- _____

2. 今まで眼科手術したことがあればご記入ください

- ① 白内障 レーザー レーシック _____
- ② 両眼 右眼 左眼
- ③ _____年 _____月頃、医院名 _____

3. 今まで大きな病気や手術したことがあればご記入ください

- ① 病気：糖尿病 高血圧 心臓病 _____
- ② 手術： _____年 _____月頃、医院名 _____
内容 _____

4. 常用薬や現在使用しているお薬があればご記入ください

※お薬手帳があればご記入不要ですので受付にお出してください

- ① 糖尿病 高血圧 心臓病 不整脈 喘息 _____
- ② 薬の名前： _____

5. お身体について注意することがあればご記入ください

- アレルギー (花粉症・アトピー・薬品 _____)
- 授乳中・妊娠中 (_____ 週目、予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)
- _____

裏面もご記入ください

6. ご家族の方に眼の病気やお身体の病気があればご記入ください

続柄_____、病名（緑内障・糖尿病・色覚異常・_____）

続柄_____、病名（緑内障・糖尿病・色覚異常・_____）

7. 現在コンタクトレンズを使用している方はご記入ください

①レンズの種類 1 day 2 week ソフト ハード

②購入場所 眼科・眼鏡店・コンタクト店 量販店・薬局 ネット通販

③使用頻度 1日_____時間×週_____日程度、コンタクト使用歴_____年

8. 普段どれくらいデジタル画面を見ますか？

テレビ…… 1日_____時間×週_____日程度

パソコン… 1日_____時間×週_____日程度

携帯・スマホ・タブレット端末・ゲーム機など… 1日_____時間×週_____日程度

9. 当院を何で知りましたか？

人からの紹介（家族・知人・その他：ご紹介者様名_____）

ネット検索（ホームページ・Google・Yahoo・LINE・X・Instagram・_____）

建物・看板

広告（チラシ・にこにこ子育て応援ガイド・_____）

10. 当院まで何で来ましたか？

徒歩 自転車 車 バイク バス 電車 _____

11. 眼圧・視力検査は、眼の状態を医学的に判断するための基本的な指標であり、

治療過程を見るのにも大切なものなので、当院では幼児以上の患者様全員に毎回行っています
（同意いただいた上で診療しますので、下記「了承しました」に必ずチェックしてください）

了承しました

12. 伝えておきたいことや気になること、ご希望などがあればご自由にご記入ください

特になし

耳が遠いので、大きな声で話してほしい

歩行が不自由なので、対応してほしい

終わりましたら受付までお持ちください