

## 問診票（眼科）

（フリガナ）

氏名 \_\_\_\_\_（男・女）

生年月日 T・S・H \_\_\_\_\_年 月 日（職業 \_\_\_\_\_）

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

身長 \_\_\_\_\_ cm 体重 \_\_\_\_\_ kg 血圧 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ 体温 \_\_\_\_\_ °C

次のことをご記入ください

1 今日はどうされましたか？

コンタクトレンズの作成・コンタクトレンズの検診

コンタクトレンズの調子が悪い・その他、目の症状（ \_\_\_\_\_ ）

2 本日、コンタクトレンズを装着されていますか？

はい・いいえ

3 コンタクトレンズを使ったことはありますか？

はい・いいえ

4 今までに下記の病気にかかったことがありますか？

ぜん息 ・ じんましん ・ アレルギー性皮膚炎 ・ アトピー

花粉症 ・ アレルギー性鼻炎 ・ 高血圧 ・ 糖尿病

5 今までに注射や飲み薬やその他の薬で異常が起こったことがありますか。

ない ・ ある（具体的に \_\_\_\_\_ ）

6 過去に使用したことのあるレンズの種類は何ですか。（複数回答可）

ハードコンタクトレンズ ・ ソフトコンタクトレンズ

使い捨てソフトコンタクトレンズ

現在コンタクトレンズ装着中の方にお聞きします

現在のコンタクトレンズの調子はいかがですか。（複数回答可）

①調子よい ②視力が弱い ③度が強い ④近くが見えにくい

⑤二重に見える ⑥かすむ ⑦目が赤い ⑧装用感が悪い ⑨異物感 ⑩痛み

⑪涙が出てくる ⑫まぶしい ⑬ずれる ⑭くもる ⑮目が乾く

⑯レンズが汚れやすい ⑰目やにが出る ⑱目が疲れる ⑲頭が痛い

⑳その他（ \_\_\_\_\_ ）

当クリニックをどのようにお知りいただきましたか？

知人紹介・看板・WEBサイト・ポストイン・通りがかり・その他（ \_\_\_\_\_ ）