 　　　　　　　　　　**《　問診票　》** 受診日　　　　　　年　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | |  | 男・女 | 職業・お仕事内容 | |  |
| お名前 |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | 大正　・　昭和　・　平成　・　令和 | | 年 月 日 生まれ | | | | 歳 |
| 住所 | 〒 | |  | | | |  |
| 電話番号（ご自宅）： | | 携帯： |  | | | 緊急連絡先： |  |
| 本日、当院までの交通手段 | | | 普段はなにで生活されていますか？ | | | |  |
| ・徒歩・自転車・バイク・車(運転)・送迎・電車 | | | ・裸眼　　・眼鏡　 　・コンタクト | | | |  |

**１：いつ頃からですか。**　　今日 （　　　　　日前 /　　　　　ヵ月前）　　朝 ・ 昼 ・ 夕 ・夜　から

**２：どこがですか。**　　　　右目　　左目　　両目　　まぶた　　その他（ 　　　　　　　　　　　　）

**３：本日はどのような症状でお困りですか。来院理由をまるで囲んでください（複数可）**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 症状 | 痛い　　かゆい 　　赤い　　目ヤニ　　異物感　　腫れている　　疲れ眼　　涙が出る | | | |
| きっかけ | 物が当たった ものが入った わからない | | | |
| 見え方 | 視力低下（ 遠くが ・ 手元が ）　 かすむ　　ぼやける 　　視野がかける | | | |
| 光が見える　 黒い点・糸の様なものが見える　 二重に見える　 物が歪んでみえる | | | |
| 眼鏡を作りたい　（持参あり ・ 持参なし） 　　　コンタクトを作りたい　（経験あり ・ 未経験） | | | |
| 健診 | 学校検診　　就学時健診 　　３歳児検診 　　健康診断による受診　　斜視の疑い | | | |
| その他 | 手術、治療の相談（　白内障　・　緑内障　・　ＩＣＬ　・その他　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **４：最後に眼科を受診されたのはいつですか。** | | | なし　　　あり　 ⇒ | いつ（　　　　　　　　　　　　） |
| 病院名： | | | 治療内容： |  |
| **５：眼の手術をされたことはありますか？** | | | なし　　　あり　 ⇒ | いつ（　　　　　　　　　　　　） |
| 病院名： | | | 治療内容： |  |

**６：今までに下記病気にかかったことはありますか？　もしくはかかっていますか？**  
　　糖尿病　高血圧　不整脈　花粉症　アトピー性皮膚炎　喘息　肝疾患　腎臓疾患　脳疾患　心疾患

その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**７：現在、使用しているお薬はありますか？**  
　　お薬手帳をお持ちの方はお出しください

**８：その他、アレルギーはありますか？**

妊娠中ですか？　　はい（　　　　ヵ月）　いいえ　　不明  
授乳中ですか？　　はい　　　　いいえ

**９：女性の方へ**

**１０：他、ご質問ございますか？**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **メガネ、コンタクトレンズを使用している方への問診票です** | | | |
| 眼鏡　　　　ソフトコンタクト　　　　ハードコンタクト | | | |
| **1）メガネ作成年数**　　　約（　 　 　　）年 | | | **2）コンタクト装用経験**　　　約（　　　　）年 |
| **3）コンタクト装用時間**　　　朝（　　　 　）時　～　夜（　　　　 ）時 　　・必要時のみ | | | |
| **4）現在使用しているコンタクトレンズの種類** | | | |
| メーカー： | 使い捨ての場合（　ワンデー　・　ウィーク　・　その他　） | | |
| **5）現在使用しているコンタクトレンズの度数** | | （右：　　　　　　　　　左：　　　　　　　　　） | |