

# 問診票

◆ 治療内容・成績は、学会等で個人情報が分からないような統計的データの一部として 利用させていただく場合がございます。

フリガナ		生	明治			
お名前	様 男・女	年	大正	年	月	日
		月	昭和			
		日	平成			
ご住所	〒 - 市	電	ご自宅	-	-	
		話	携 帯	-	-	
		番				
		号				

どうされましたか？	両目（右から・左から・同時に） 右目 左目				
	・赤い ・目やに ・かゆい ・コロコロする ・痛い ・できものがある ・疲れる ・涙が出る ・乾く ・見えにくい ・黒いものが飛ぶ ・眼鏡の相談 ・コンタクトの相談 ・目の検診 ・その他（ ）				
いつごろからですか？	今日から	日前から	週前から	ヵ月前から	年前から
目の病気やケガ、手術をされたことは？	ない ・ ある（病名： ）				
かかりつけの病院は？	ない ・ ある（病医院名： ）				
使用中のお薬は？	ない ・ ある（薬品名： ）				
次のような病気をされたことがありますか？	ない ・ 糖尿病、高血圧、心臓病、ぜんそく、脳卒中、不整脈、腎臓病、アトピー性皮膚炎、その他（ ）				
薬や食物のアレルギー	ない ・ ある（原因： 症状 ）				
女性の方に伺います	妊娠の可能性は？ はい（ ）ヵ月 ・ いいえ ・ 不明 現在、授乳していらっしゃいますか？ はい ・ いいえ				
今日はどの交通手段で来られましたか？	・徒歩 ・自転車 ・バイク ・電車 ・バス ・自動車（運転・同乗） ・タクシー				
当院を何でお知りになりましたか？	・知人・家族からの紹介（お名前 ） ・インターネット ・看板 ・通りすがり ・近所に（お住い / 通勤 / 通学）している ・他院からの紹介（病院名 ） ・その他（ ）				

## コンタクトレンズに関する問診票

コンタクトレンズを使っておられましたか？	<input type="checkbox"/> 現在使用中	<input type="checkbox"/> 以前に使っていた	<input type="checkbox"/> 初めて
使用中のコンタクトレンズの種類や度数が分かればご記入ください			
（種類	度数	右	左
）			
1日のコンタクトレンズ装用時間は？	（ 時間）		
使用頻度は？	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 週に（ ）回	<input type="checkbox"/> （ ）をするときのみ
パソコンやスマホなどを使用されますか？	<input type="checkbox"/> 1日（ ）時間	<input type="checkbox"/> たまに	<input type="checkbox"/> 使用しない

ふくなが眼科