

ふりがな		男・女	職業・お仕事内容	
お名前		住所	〒	
生年月日	大正・昭和・平成	年	月	日 生まれ
電話番号		緊急連絡先		当院までの交通手段 ・徒歩 ・車 ・自転車 ・送迎

1.どこがいつ頃からですか。 ( ) から 右目 左目 両目 まぶた が

2.本日はどのような症状でお困りですか。来院理由を○で囲んで教えてください。(複数可)

痛み	かゆみ	赤い	目ヤニ	異物感	乾燥感	腫れている
疲れ眼	涙がでる	かすみ	ぼやける	視力低下(遠くが	・手元が)	二重に見える
糸の様な物がみえる	物が歪んで見える	メガネを作りたい	コンタクトを作りたい			
手術の相談 (		)	その他 (		)	

3.目に治療を受けたことがありますか、または受けていますか。今後の治療方針に非常に大切です。

いいえ はい ⇒ いつ ( ) どこで ( )

治療内容は？
--------

4.今までに下記の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  
その他 ( )

5.現在、使用している薬がある場合はご記入ください。お薬手帳をお持ちの方はお出し下さい。

お薬：
-----

6.アレルギーをお持ちですか。

--

7.女性の方のみお答え下さい。

妊娠中ですか	はい	いいえ	不明	授乳中ですか	はい	いいえ
--------	----	-----	----	--------	----	-----

8.その他、医師に聞きたいことがございますか。(例：アレルギーの原因を調べたい。など)

( )

## 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 : )