

# 問診票

フリガナ	性別	生年月日	西暦 ( 歳)
氏名	男・女		年 月 日
住所 〒 —		電話番号	( )

## 1. 来院のきっかけは？

同場所での引き続きの受診 ( 代々木上原はた眼科 ・ アイズクリニック代々木西原 )  
 紹介状 医療機関名 ( )  
 知人からの紹介 ( )  
 ホームページを見た ( 検索会社： Google Yahoo その他 )  
 その他 ( )

## 2. 現在、コンタクトレンズを装着していますか？ ( はい ・ いいえ )

“はい” の場合、種類 → 1day ・ 2week / カラーコンタクト ハードコンタクト ・ ソフトコンタクト

## 3. 今日どのような事でいらっしゃいましたか？

( 右目 ・ 左目 ・ 両目 )

赤くなった 充血 めやに ゴロゴロする 涙が出る かゆい 痛い  
 見えにくい (遠く・近く) かすむ 眩しい 疲れる 乾く ゆがんで見える 黒いものが飛ぶ  
 視野が狭い 二重に見える 斜視がある 眼鏡の処方箋が欲しい コンタクトの処方箋が欲しい  
 健診 (学校・会社・区・任意 など) で異常を指摘された  
 その他 ( )

## 4. 上記の症状はいつからですか？

( )

## 5. 今まで眼科にかかったことがありますか？ ( はい ・ いいえ )

( ) 眼科・病院 病名 ( )

眼科の手術をしていたら記入して下さい (白内障・緑内障・硝子体手術、レーシック・ICL など)

(右目 ・ 左目 ・ 両目 ) ← いつ頃ですか( )

## 6. 眼科以外の病気で現在治療中のものはありますか ( はい ・ いいえ )

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 アトピー その他 ( )

## 7. 現在お薬を飲んでいますか？ ( はい ・ いいえ )

薬剤名 ( )

## 8. アレルギーはありますか？ ( はい ・ いいえ )

薬・食べ物 ( )

花粉症 (あり ・ なし )

## 9. 女性の方に伺います

現在、妊娠されていますか？ (はい・いいえ) 授乳中ですか？ (はい・いいえ)

