

問診票

氏名 _____

年齢 _____ 歳

適当なものに○をつけてください。

- 1 本日はどうなさいましたか。
 診察希望 メガネ希望 コンタクト希望
《コンタクトご使用の方におうかがいします》

商品名 _____ 右度数 _____ 左度数 _____

1日の装用時間 _____ 時間 1週間の装用日数 _____ 日 装用年数 _____ 年

- 2 症状がある目は(右目・左目・両目・ない)

- 3 症状はいつからですか。
 今日 2,3日前 1週間前 1ヶ月前 その他 ()

- 4 あてはまる症状に○を、特に一番困ることには◎をつけてください。
 目やにが出る まぶたが腫れた [突然・徐々]物が見えなくなった
 目が赤い 目が痛い [遠く・近く]が見えにくい
 ゴロゴロする 虫が飛んでいるように見える 目が疲れる
 かゆい ギザギザに光ったものが見える
 涙が出る 物がゆがんで見える その他 ()
 目が乾く 物が二つに見える

- 5 今までにかかった、あるいはかかっている目の病気はありますか。
 白内障 緑内障 特にない その他 ()

- 6 今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。
 高血圧 腎臓病 糖尿病 肝臓病 狭心症・心筋梗塞
 不整脈 脳梗塞 ぜんそく アトピー性皮膚炎
 その他 () 特にない

- 7 アレルギーと診断されたことはありますか。
 ない ある (種類)

- 8 喫煙
 吸っていない 一時期吸っていたがやめた 吸っている

- 9 現在、薬(市販薬含む)の使用はありますか。
 ない ある (薬剤名等)

- 10 薬のアレルギーはありますか。
 ない ある (薬剤名)

- 11 家族の中で目の病気をした方はいますか。
 いいえ はい ()

《女性の方におうかがいします》

- 妊娠していない 妊娠()ヶ月目 授乳している 授乳していない

確認