

<問診票>

名前 _____ 男・女 大／昭／平／令 _____ 年 _____ 月 _____ 日生 _____ 歳

〒

住所 _____ 連絡先 _____ - _____ -

1、本日はどうされましたか？ 当てはまるものに○をおつけ下さい

いつ（ _____ ）から [右眼／左眼／両眼]が
 裸眼で[遠く／近く]が見づらい 目が赤い [目／まぶた]が痛い 健診で指摘を受けた
 メガネで[遠く／近く]が見づらい 目ヤニが出る 何かが出来ている 糖尿病の検査希望
 何かが飛んで見える 涙が出る 腫れている 近視進行予防をしてみたい
 かすむ かゆい 乾く 近視遺伝子検査をしてみたい
 上記に当てはまらないものはこちらにお書き下さい オルソケラトロジーをしてみたい

◆コンタクトレンズ 使用[なし／あり] → 本日はそのコンタクトレンズをつけていますか？ [はい／いいえ]
 → ありの場合種類は？ [1day／2week／1ヶ月／使い捨てでないソフト／ハード]

2、その他に気になる目の病気や症状、ご希望の検査はありますか？

白内障 ・ 緑内障 ・ 加齢黄斑変性
 視力検査 ・ 色覚検査 ・ その他（ _____ ）

3、今まで眼科を受診されたことはありますか？ → いいえ／はい（はいの方は下記もお書き下さい）

1. いつ頃（ _____ ）
 2. どんな病気で 結膜炎 花粉症 ドライアイ 白内障 緑内障 網膜剥離 糖尿病網膜症 その他（ _____ ）
 3. 目の手術やレーザー治療をしたことがあれば具体的にお書き下さい
 いつ頃（ _____ ） [右眼／左眼／両眼]の（ _____ ）

4、使うとアレルギー症状が出る薬、あるいは使用禁止の薬はありますか？

いいえ／はい（はいの方は薬名もお書き下さい → _____ ）

5、現在治療中のご病気があれば、○をおつけ下さい

糖尿病／高血圧／喘息／アトピー／心臓の病気／肺の病気／アレルギー／その他（ _____ ）
 ↳ 血糖値（ _____ mg/dℓ） ヘモグロビンA1C（ _____ %）

6、（女性の方）現在、妊娠または授乳をされていますか？ いいえ／はい →（妊娠／授乳）中7、ご興味のあるものがあれば、○をおつけください

目の健康につながる栄養補助サプリメント（ 白内障・緑内障・加齢黄斑変性症 ）
 まつ毛美容液 ・ メガネくもり止め ・ マスクスプレー

8、当院にご来院されたきっかけをお教え下さい

1. [①駅 ②ロータリー ③建物の入口 ④その他の場所] で 看板を見た
 2. [ご家族／ご友人] が当院に通院している（ _____ ）様
 3. ①スマートフォンで検索 ②パソコンで検索
 4. 同じフロアの [内科／小児科／歯科／とっとの芽／区民活動センター] に通っている
 5. バスの放送を聞いて 6. その他（ _____ ）