

フリガナ		男	【生年月日】明・大・昭・平・令
お名前		女	年 月 日 歳
住 所	〒		
電話番号	(自宅)	(携帯)	

① 今日はどうされましたか？

- 目の具合が悪い
- 内科など、または健診等で受診を勧められた
- 眼鏡を作りたい
- コンタクトレンズを作りたい
- 眼ドック
- 最先端ドライアイ治療
- 美容系の受診をしたい(フォトフェイシャル〔IPL/M22〕, ・美容点滴・まつ毛美容液)

② 目の具合が悪い方にお尋ねします

1) 症状が出たのは、いつ頃からですか？ _____

2) どちらの目ですか？ 右目 左目 両目

3) どのような症状ですか？

- 赤い
- 目やにが出る
- かゆい
- 痛い
- ごろごろする
- 乾く
- 涙が出る
- まぶたが腫れた
- 目を打撲した
- 視力低下
- かすむ
- 疲れる
- ゆがむ
- 黒いものが飛んで見える
- 視野が欠けて見える
- まぶたが下がる
- 物が2つに見える

その他 _____

④ 眼科受診されていた病医院名(わかれば病名も)をお書きください。

⑤ 今までに目の病気や手術・レーザー治療等の経験をされたことはありますか？

ない ある (病気の名前: _____)

⑥ たばこを吸いますか？

吸う 吸わない

⑦ 今までに下記の病気を経験されたことはありますか？

ある ない

- 糖尿病
- 高脂血症
- 高血圧
- 心臓疾患
- 肝臓病
- 喘息
- 甲状腺疾患
- 脳の病気
- リウマチ
- HIV
- 癌(部位: _____)
- アトピー性皮膚炎
- じん麻疹
- 光線過敏症(紫外線・太陽光線)
- アレルギー(鼻炎・結膜炎・花粉症・食物・ダニ・ハウスダスト・動物)
- 血液疾患(貧血・白血病・紫斑病・その他)
- その他 _____

⑧ アレルギー症状が出る、または使用禁止の薬はありますか？

ない ある (薬の名前: _____)

⑨ 現在使用中のお薬はありますか？

お薬手帳をお持ちの方は、問診票と一緒にお願いします。

ない ある (薬の名前: _____)

⑩ 女性の方にお尋ねします

現在、妊娠中または授乳中ですか？ はい いいえ

⑪ 何で当院をお知りになりましたか？ _____