

# 問 診 票

フリガナ		男 ・ 女	住所	〒
氏名				
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 才		電話	( )
右の欄は よろしければ ご記入ください	携帯電話		メールアドレス	@

**① 今日はどうなさいましたか？該当する番号と[ ]内の右・左・両を○で囲んでください**

<p>①見えにくい(視力が落ちた) [右・左・両]</p> <p>②眼が痛い [右・左・両]</p> <p>③ゴロゴロする(異物感がある) [右・左・両]</p> <p>④眼がかゆい [右・左・両]</p> <p>⑤眼が赤くなった [右・左・両]</p> <p>⑥眼やにが出る [右・左・両]</p> <p>⑦涙っぽい [右・左・両]</p> <p>⑧眼にゴミが入った [右・左・両]</p> <p>⑨まぶたがはれた [右・左・両]</p> <p>⑩まぶたに何かできた [右・左・両]</p>	<p>⑪黒いものが見える [右・左・両]</p> <p>⑫眼がかわる [右・左・両]</p> <p>⑬眼が疲れる [右・左・両]</p> <p>⑭メガネを作りたい</p> <p>⑮コンタクトを作りたい ○今までにコンタクトは a. 初めて b. 使用中(ソフト・ハード)  ○b. 使用中と答えた方へ、今日は a. 定期検査 b. 紛失 c. 破損 d. 古くなったので作りかえたい</p> <p>⑯その他 [ ]</p>
--	---

**② ①でお答えいただいた症状はいつ頃からですか？** [ ]

**③ 今まで眼の病気にかかったことがある方は、その病名と時期、診療所を教えてください**  
ある ない  
病名[ ] いつ頃[ ] 診療所[ ]

**④ 既往歴を教えてください**  
高血圧( / ) ・ 糖尿病(HbA1c %) ・ 心臓病 ・ 喘息 ・ 肝炎 ・ 花粉症 ・ 鼻炎  
その他[ ]  
一番最近受診した内科検診日を教えてください 年 月 日 ・ 受けてない ・ わからない

**⑤ お薬服用** ある ・ ない    **飲酒** ある ・ ない    **喫煙** ある ・ ない

**⑥ 今までにお薬や食物などのアレルギーはありますか？** ある[ ] ない

**⑦ イオン内のおおたけ眼科古淵医院をご利用されたことはございますか？** はい いいえ