

《問診票》

記入日： 年 月 日

ふりがな		男	【生年月日】大・昭・平・令
お名前		女	年 月 日 歳
住所	〒		電話番号

- ① 本日はどうされましたか？症状のあてはまるものは○を記載してください。
- (右/左/両) 見えにくい (右/左/両) 目やにが出る (右/左/両) 目が赤い (右/左/両) プロプロ  
 (右/左/両) かゆい (右/左/両) 痛い (右/左/両) 涙が出る (右/左/両) 乾く  
 (右/左/両) 疲れる (右/左/両) かすむ (右/左/両) 光をまぶしく感じる  
 (右/左/両) 重たい感じがする (右/左/両) 目の周りが腫れている  
 (右/左/両) 黒いもの(点や蚊のようなもの)が見える (右/左/両) 物が歪んで見える  
 (右/左/両) 二重に見える (右/左/両) 視野が狭くなってきた  
 眼鏡もしくはコンタクトレンズの処方 (右/左/両) その他 ( )
- ② 症状があるのはいつからですか？ ( ) 時間前、( ) 日前、( ) 週間前、( ) ヶ月前
- ③ いままでに目の病気にかかったことがありますか？  
いいえ はい→病名：白内障 緑内障 ドライアイ その他 ( )
- ④ いままでにかかった(現在かかっている)病気はありますか？  
いいえ はい→病名：高血圧 糖尿病 心臓病 高脂血症  
その他 ( )
- ⑤ ご家族で目の病気の方がいますか？  
いいえ はい→誰が：( ) それはどんな病気ですか：( )
- ⑥ 普段、眼鏡はご使用されていますか？ いいえ はい→遠く用 近く用 遠近両用を使っている。
- ⑦ 普段、コンタクトレンズを使用していますか？  
いいえ はい→ハードレンズ ソフトレンズ }  
1日使い捨て 2週間使い捨て  
1ヶ月使い捨て その他  
 1日装用時間は、\_\_\_時間、週に\_\_\_日間使用、使用歴は\_\_\_年使用している。
- ⑧ あなたの生活状況をお教えてください。  
パソコン作業が長い( )時間/日 TVやスマートフォンをよく見る( )時間/日  
睡眠不足 たばこを吸う( )本/日 妊娠中( )週 授乳中
- ⑨ 食べ物・薬でアレルギー症状を起こしたことがありますか？  
いいえ はい→食べ物・薬剤名：( )
- ⑩ 現在、飲んでいる薬、点眼している目薬、サプリメントはありますか？  
いいえ はい→薬・目薬名・サプリメント：( )
- ⑪ 当院のことは何でお知りになりましたか SNS ( )・駅バス広告・医療機関、家族、知人紹介・その他 ( )