

のりくらファミリー眼科 〈問診票〉 初診の方へ

(フリガナ) 氏名	男 女	生年月日 年 月 日 歳	ご職業
〒 住所	電話番号		
	携帯番号		

当てはまるところに丸をつけてください。

① どちらの眼ですか？ | 右眼 | 左眼 | 両眼 | いつからですか？

② 今日はどうされましたか？
| 見にくい | 目の前にゴミのような物が見える | まぶたの腫れ | 痛い | 赤い | かゆい | めやにが出る | ゴロゴロする |
| 眼が乾く | 検診で指摘された | コンタクトレンズ処方 |

その他

③ 眼の病気にかかったことはありますか？ (いいえ / はい)
| 白内障 | 緑内障 | 糖尿病網膜症 | レーシック手術を受けた | 加齢黄斑変性症 | 眼底出血 | 網膜剥離 | 弱視 |

その他

※眼の手術を受けたことはありますか？ (いいえ / はい)

いつどこで？ どのような手術？

④ 現在治療中の身体の病気はありますか？ (いいえ / はい)
| 高血圧 | 糖尿病 | 心臓病・不整脈 | 脳梗塞・脳出血 | 高脂血症 | ぜんそく | 前立腺肥大 | 妊娠・授乳中(女性) |
上記以外の病気がある方、又は以前かかったことのある病気や手術がある方はお書き下さい。

⑤ 薬を服用していますか？ (いいえ / はい) ※お薬手帳をお持ちの方はご提示下さい。

→ 薬剤名 受診している医療機関名

⑥ アレルギーはありますか？ (いいえ / はい)

花粉症 (春 / 秋 / 通年)

身体に合わない薬や、医師から禁止されている薬があればお書き下さい。

→ 薬の名前

⑦ 眼鏡・コンタクトレンズを使用していますか？ (いいえ / はい)

| 遠用眼鏡 | 老眼鏡 | 遠近両用眼鏡 | コンタクトレンズ(ハード・ソフト) ※種類は下段へ記入

< 現在使用中のコンタクトの種類 >

ハード

ソフト メーカー

<input type="checkbox"/> 1Day	度数	右	BC	/	P	/	DIA	<input type="checkbox"/> 2Week	度数	右	BC	/	P	/	DIA
		左		/		/				左		/		/	

⑧ 運転免許を最近更新された方・更新が近々ある方はお書き下さい。

いつですか？ 年 月

⑨ 本日は運転してきましたか？ (いいえ / はい)