

# 初診問診票

記載日：平成 年 月 日

フリガナ		生年 月日	明 治 ・ 大 正 ・ 昭 和 ・ 平 成
氏名	(男 ・ 女)		年 月 日 ( 歳)
住所	〒 ( - )	電話 番号	ご自宅 - -
		携 帯	- -

① いつからどちらの目に症状がありますか？【 から】【 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 】  
該当するものに○を付けて下さい。

充血 ・ めやに ・ かゆみ ・ 痛み ・ 腫れた ・ ゴロゴロする ・ 涙が出る ・ 乾く ・ 疲れる  
見えにくい ・ 何か見える ・ 何か入った ・ メガネを作りたい ・ コンタクトレンズを作りたい  
その他 ( )

② 現在ご使用のメガネはありますか？

【 遠くを見るメガネ ・ 遠近両用メガネ ・ 手元を見るメガネ(老眼鏡) ・ なし 】

⇒ そのメガネは本日持参していますか？ 【 はい ・ いいえ 】

③ コンタクトレンズを使用していますか？ 【 はい ・ いいえ 】

『はい』とお答えの方のみ ⇒ ご使用のコンタクトレンズの種類 □ハードレンズ □ソフトレンズ

□本日レンズを使用している □本日はレンズを使用していない・・・レンズは持参していますか？(はい ・ いいえ)

④ 今までに眼の手術(レーシックを含む)をされた事がありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

『はい』とお答えの方のみ ⇒ いつ頃：\_\_\_\_\_ 手術名：\_\_\_\_\_

⑤ 現在治療中の病気はございますか？ 【 はい ・ いいえ 】

高血圧・糖尿病・心臓疾患・肝臓疾患・脳疾患・腎臓疾患(透析をしている・していない)

肺疾患(喘息) その他 ( )

⑥ 目薬でかぶれた事や、具合が悪くなった事はございますか？ 【 はい ・ いいえ 】

⑦ パソコンやテレビや携帯電話を一日何時間くらい見ますか？ 【 時間 】

⑧ アレルギーはありますか？ 【 はい ・ いいえ 】

ぜんそく ・ アトピー ・ 花粉症 ・ 食物(名前 )

⑨ 副作用の出たお薬はありますか？ 【 はい ・ いいえ 】『はい』とお答えの方のみ ⇒ 薬剤名：\_\_\_\_\_

⑩ ステロイド(副腎皮質ホルモン)剤を長期に服用していますか？ 【 はい ・ いいえ 】

⑪ (女性のみ)現在妊娠中・授乳中ですか？ 【 はい(妊娠 週目 ・ 授乳中) ・ いいえ 】

## 必ずお読みください

視力・眼圧の検査はさまざまな眼疾患の診断に不可欠です。お子様の場合は弱視の診断に役立ちます。また成長とともに視力は変化します。一見、自覚症状と関係ないと思われても関係する場合があります(緑内障・糖尿病・眼精疲労 等)。視力・眼圧検査は基本ですのでご協力ください。 院長