

# 問 診 票

(読み方) お名前	男・女	生年月日 T・S・H・R	年	月	日( 歳)
ご住所:		電話番号:			
◆コンタクトレンズを使用していますか 【 はい ・ いいえ 】					
・本日、装用してきていますか 【 はい ・ いいえ 】					
・コンタクトレンズの種類 【 1Day ・ 2Week ・ 1か月 ・ ハード ・ その他 】					
【 近視/遠視用 ・ 乱視用 ・ カラーまたはサークルレンズ ・ 遠近両用 】					
※商品名・度数がわかればご記入ください。					右)
商品名:					度数
					左)

◆ どういう症状(目的)で来院されましたか？ ○ をつけて下さい。

どちらの目に症状がありますか 【 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 】

いつ頃からありますか 【 日前から、 ヶ月前から、 年前から 】

・めやにがでる ・目が赤い ・目がかゆい ・涙がでる ・しょぼしょぼする

・目が痛い ・瞼の腫れ ・できもの

・物が見えにくい【 遠く ・ 近く 】

・検診【 白内障について ・ 緑内障について ・ 糖尿病による眼底検査 】

・世田谷区健診の眼底検査 ・飛蚊症(黒い点や線状のものが見える)

・その他【 】

・眼鏡の処方せん希望

・コンタクトレンズの処方せん希望 【 1Day ・ 2Week ・ 1か月 ・ ハード 】

【 近視/遠視用 ・ 遠近両用 ・ カラーまたはサークルレンズ 】

※希望商品があればご記入ください 商品名: \_\_\_\_\_

↳ 商品によっては取り扱いがないものがあり、希望に添えない事があります。

◆ 今までに眼の病気(手術)をされたことがありますか 【 はい ・ いいえ 】

病名: \_\_\_\_\_

◆ 現在、かかりつけの病院はありますか 【 はい ・ いいえ 】 病院名: \_\_\_\_\_

【 高血圧、糖尿病、心臓病(不整脈など)、腎臓病、甲状腺機能亢進、喘息、その他( ) 】

◆ 女性の方で、現在妊娠していますか 【 はい ・ いいえ 】

◆ 現在、家族の方が【 はやり目になっている ・ 緑内障で通院している 】

◆ 薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか 【 はい ・ いいえ 】 \_\_\_\_\_