

# 問 診 表

フリカナ	男 女 ( 才 )	小 中 高 ( 年生 )
お名前	(M・T・S・H	年 月 日生まれ)
〒	ご住所	
携帯:	-	TEL: -

## 1) どうなさいましたか？ (あてはまるものを○でかこんで下さい)

■ 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が

■ 目やに	赤い	かゆい
ころつく	痛い	かすむ
視力低下 (遠くの方・近くの方)	ゴミが入った	涙が出る
黒いものが見える	腫れている	できものができた
物があたった	まぶしい	ゆがんで見える
二重に見える	めがねをつくりたい	
コンタクトレンズをつくりたい ( 初めて・現在使用中 【 ハード・ソフト・使い捨て 】 )		
学校検診の紙をもらってきたので		
その他 ( )		

## 2) いつからですか？ ( ) 前から

## 3) 今まで眼の病気をされたことがありますか？

■ はい (白内障・緑内障・糖尿病網膜症・網膜剥離・その他 )  
いいえ

## 4) 現在、体の病気で通院されていますか？

■ はい (高血圧・糖尿病・心臓病・ぜんそく・その他 )  
通院されている病院、医院名 ( )  
いいえ

## 5) 今まにアレルギー体質を指摘されたことがありますか？

■ はい (じんましん・アトピー・ぜんそく・花粉症・その他 )  
いいえ

## 6) (女性の方のみ) 現在、妊娠中ですか又は授乳中ですか？

■ はい  
いいえ

## 7) 当院にご来院されたきっかけは？

近所だから	知人、家族に聞いて
看板を見て	タウンページを見て
インターネットでの検索	その他 ( )