

問 診 票

ふりがな		記入年月日	
氏 名	男	TEL (自宅)	— —
	女	TEL (携帯)	— —
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生	年齢	歳
ふりがな			
住 所	〒 —		

(1) 眼について今日はどうなさいましたか。あてはまるものを○で囲んでください。

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 (年 月 日ごろから)

(イ) 眼が痛い (ロ) 眼がかたく (ハ) 眼がかゆい (ニ) 眼がつかれる
 (ホ) 見えにくい (ヘ) 眼が充血する (ト) 眼やにが出る (チ) 涙がとまらない
 (リ) メガネを作りたい
 (ヌ) コンタクトレンズを作りたい

(①初めてコンタクトを作る ②以前にコンタクトを作ったことがある)

①の方に質問...眼鏡を持っている (はい ・ いいえ)

(ル) その他 具体的にお書きください ()

(2) 今までに眼の病気・手術をしたことが (ある ・ ない)

「ある」とお答えの方 病名 ()

(3) 現在かかっている病気はありますか。あてはまるものを○で囲んでください

・糖尿病 (年 月頃より ・HbA1c _____%)
 ・高血圧 ・心臓病 ・喘息 ・鼻炎 ・不整脈 ・心筋梗塞 ・脳梗塞
 ・その他 ()

(4) 今までに薬・食物などでアレルギー症状をおこしたことが (ある・ない)

「ある」とお答えの方 (薬剤名・食物名:)

(5) 妊娠している、またはその可能性がありますか (ある ヶ月・ない)

(6) 普段コンタクトレンズを使用して (いる・いない)

「いる」とお答えの方 (ソフトレンズ: 1デイ 2ウィーク 1か月 その他 / ハードレンズ)

(7) 本日コンタクトレンズをつけて (いる・いない)

希望コンタクト (種類:) 使用中の度数 (Ⓢ: Ⓢ:)

*****当院をどのようにしてお知りになりましたか? あてはまるものを○で囲んでください。*****

・お知合い (ご家族、ご友人) からのご紹介 ・電話帳を見て ・郵便局のポスター見て ・梅北眼科のホームページを見て
 ・SNSを見て ・グランフロントで勤務しているため・その他 ()