問　診　表

年　　月　　日

フリガナ		電話番号	
お名前		携帯　　－　　－ 自宅　　－　　－	
生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年　　月　　日生　（　　歳）		
ご住所	〒　　－		

当てはまる項目に○をつけてください

1.本日の目の症状は？　　右目 ・ 左目 ・ 両目

赤い　　めやにがでる　　かゆい（ 目の中 ・まぶた ） 涙が出る
痛い（ 目の中 ・まぶた ）　　ゴロゴロする　　まぶたが腫れた
目がかわく　　目が見えなくなった（ 急に ・ 徐々に） 目がかすむ
目にゴミが入った（ 鉄粉 ・ 洗剤 ・ 植物 ・その他
ゆがんで見える　　見える範囲が狭い　ものが2つに見える
何か飛んでいるように見える　　光が走って見える
他院・検診で受診をすすめられた　　眼鏡を作りたい
その他
（　　）
いつからですか？
（　　）

2.普段眼鏡を使用していますか？
いいえ ・ はい （遠用 ・ 近用 ・ 遠近両用 ）
3.普段コンタクトレンズを使用していますか？
いいえ ・ はい （ハード ・ 2週間タイプソフト ・ 使い捨てレンズ ）
4.眼科手術を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい （白内障 ・緑内障 ・ 硝子体 ・ レーシック ）
その他（　　）
5.レーザー治療を受けたことがありますか？
いいえ ・ はい （ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）

後発白内障　　糖尿病網膜症　　網膜裂孔・円孔・剥離
網膜静脈閉塞症　　緑内障　　その他（　　）

6.眼内注射をされたことがありますか？
いいえ ・ はい （ 右目 ・ 左目 ・ 両目 ）
加齢黄斑変性　　糖尿病網膜症　　網膜静脈閉塞症

7.既往症がありますか？
高血圧　糖尿病　脳疾患　心臓病　腎疾患（透析　あり ・なし）
甲状腺疾患　リウマチ　悪性腫瘍　帯状疱疹（ヘルペス）
喘息　アトピー　花粉症
その他（　　）

8.使用中のお薬に以下のお薬はありますか？
ステロイド薬　　抗がん剤　　血液抗凝固剤　　抗結核薬

9.お薬、食べ物などのアレルギーはありますか？
いいえ ・ はい （　　）

10.女性の方で妊娠中（可能性も含む）・授乳中の方はお知らせください。
妊娠中（可能性も含む） ・ 授乳中

御協力ありがとうございました　　くき眼科