

錦糸町テルミナかわもと眼科 問診票

ふりがな		生年月日	大・昭・平・令
お名前		性別	年 月 日 歳 男・女
ご住所	〒	お電話	()
		ご職業	

1. どうされましたか？ (右目 左目 両目)

見えづらい かすむ 痛い かゆい 赤い 乾く めやに ごろごろする まぶしい 腫れ
黒いものが見える 目の疲れ ぶつけた

健診にて受診するように言われた (健診結果を受付でお渡してください)

その他症状 ()

コンタクトレンズ処方(ハード or ソフト) 希望

注！】目に疾患がある場合はコンタクトレンズの処方が出来ない場合があります

注！】小学生のコンタクトレンズ処方を行っていません

☆メガネ処方は原則予約制となっております

2. いつごろからですか？

() まえから

3. コンタクトレンズは普段お使いですか？

いいえ はい ⇒ 1日装用時間_____時間 週に_____日間使用

コンタクト使用歴_____年 (ハード____年/ソフト____年/使い捨て____年)

初めて 現在使用中のコンタクト名()

※初めてのコンタクトレンズ処方ご希望の方は指定日のみの受付です

4. 今まで眼の病気にかかったことはありますか？

いいえ はい ⇒ どんな病気ですか？()

いつごろですか？()

5. パソコンを使用しますか？

いいえ はい ⇒ 1日_____時間

6. アレルギーはありますか？

いいえ はい ⇒ 花粉症 ぜんそく アトピー その他()

7. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ⇒ 薬の種類()

症状()

8. 今までにかかった(現在かかっている)病気はありますか？

いいえ はい ⇒ 高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他()

9. 血縁の方に緑内障の方はいらっしゃいますか？

いいえ はい ⇒ 関係()

10. 現在使用中の薬(内服薬・外用薬)はありますか？

いいえ はい ⇒ 薬の種類()

11. 現在、妊娠中や授乳中の方

妊娠中 _____ヶ月 授乳中 わからない

ご記入ありがとうございました。受付にお渡してください。