

**錦糸町テルミナ かわもと眼科 問診票 \*全てご記入ください\***

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

→ \*マイナ保険証による診療情報取得に同意しましたか？ はい・いいえ →

→ \*他の医療機関から紹介状をお持ちでしょうか？ はい・いいえ →

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 かwak めやに ごろごろする まぶしい  
 はれている 黒いものが見える 目が疲れる ぶつけた  
 健診にて受診するよう言われた ( 健診結果を受付にお渡し下さい )  
 コンタクトレンズ処方希望 ( ソフト or ハード )  
 その他の症状( )

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)  
 現在使用のコンタクト名( )

4. 今まで目の病気にかかったことはありますか？  
 いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？( )  
 いつごろ？( )

5. パソコンを使用しますか？  
 いいえ はい ⇒ 1日 ( )時間くらい使用

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. 現在飲んでいるお薬や、目薬はありますか？  
 いいえ はい ⇒ 薬の種類 ( )

11. 現在、妊娠中や授乳中の方はお知らせください。  
 妊娠中 ( )ヶ月 わからない 授乳中 該当なし

**注】眼鏡処方**は原則予約制での受付になります。  
**注】小学生のコンタクトレンズ処方**は行っておりません。