

一般診療問診票

お名前( )

① 本日はどうなさいましたか？あてはまる項目にレを入れてください

メガネ作成  希望あり  希望なし

学校書類  視力低下  その他アレルギー

席は前から( )番目 黒板は ( 見える ・ 見えづらい )

メガネ・コンタクトを使用している ( はい ・ いいえ )

症状がある

どちらの目ですか ( 右 ・ 左 ・ 両 ) いつからですか ( )

- 痛み  かゆみ  逆さまつげ  見え方が気になる
- 充血  めやに  異物が目に入った  糖尿病の目の検査
- 腫れ  できもの  黒いものが見える  緑内障の健康診断
- その他

② 飲み薬・目薬で合わないものがありますか？ ( はい ・ いいえ )  
「はい」の方のみ 薬名( )

③ あてはまる項目にレを入れてください

- 白内障の手術をした ( 右 ・ 左 ・ 両 ) 年頃・病院名
- 網膜剥離の手術をした ( 右 ・ 左 ・ 両 ) 年頃・病院名
- レーシックをした ( 右 ・ 左 ・ 両 ) 年頃・病院名
- 心臓病治療中  緑内障治療中  血液をサラサラにする薬服用
- 不整脈  高血圧  ぜんそくがある
- 糖尿病治療中 →HbA1c( )% ( )月時点

④ あてはまるものに○をしてください

メガネを使っている ・ 老眼鏡を使っている ( 本日も持参 ・ お忘れ )  
ふだんコンタクトを使っている方は種類に○をしてください

・ハードレンズ ・ソフトレンズ ( 1day ・ 2week ・ 使い捨てでないもの )

⑤ 女性の方にお伺いします。お薬に関連しますのでご回答お願い致します。

- ・妊娠している→ ( )ヶ月 ( 可能性あり ・ していない )
- ・授乳している→ ( している ・ していない )

**ご記入ありがとうございます。お手数ですが、受付までご提出ください。**