

問 診 表

平成 年 月 日

つる眼科クリニック

男・女

生年月日 明・大・昭・平 年 月 日()歳

あなたの症状を○で囲んでください。

1. どちらの目ですか？ (右・左・両)

2. 症状は ・めやにが出る ・目が赤い ・まぶたがはれた ・見え方が悪い
・目がかゆい ・目に何かが入った ・目が疲れる ・涙がでる
・目の前を何かが飛んで見える ・目が痛い ・目がゴロゴロする
・その他 ()

以上のことが 日前 週間前 ヶ月前 年前からある

3. 今まで目の病気にかかったことが ・ある ・ない

ある方はどんな病気にかかりましたか？

()

4. 今まで目以外の病気や手術をしたことがありますか？ ・ある ・ない

その病名は？

()

5. 現在他の病気で通院をしていますか？ ・いる ・いない

通院している方は病名・薬名を記入してください。

病名 ・かぜ (熱がある 度 ・熱がない) ・喘息 ・高血圧
・糖尿病 ・心臓病 ・アレルギー性鼻炎(花粉症 など)
・アレルギー性皮膚炎(アトピー性皮膚炎 など)
・その他 ()

薬名 () ・なし

6. 今までアレルギー体質と言われたことが ・ない

7. 今までに使った薬でぐあいの悪くなったことが ・ない

ある方は何の薬でそうになりましたか？ 薬名()

8. 女性の方にお聞きします。現在妊娠をしていますか？ ・はい ・いいえ

9. めがね ・未使用 ・使用中 (持参している・していない) ・めがねを作りたい

コンタクトレンズ ・未経験 ・コンタクトレンズを作りたい

・現在使用している ・以前使用していた

コンタクトレンズを使用したことのある方にお聞きします。

そのレンズは？ ・ハード ・O2 ハード ・ソフト ・使い捨て

そのレンズのメーカーは？ メーカー名()