

| | | | | |
|--------|-----|-------------|------------------|-------------------|
| フリガナ | | 男 ・ 女 | 生年 月日 | 明 / 大 / 昭 / 平 / 令 |
| 氏 名 | | | | 年 月 日 |
| 住 所 | 〒 - | | | |
| 自宅 TEL | | 携帯 | 本人・父・母 その他() | |

投薬が必要な場合、この問診票は調剤薬局でも利用させていただくことがあります

本日はどのような症状で受診されましたか。

- ・充血 ・めやに ・かゆみ ・はれた ・異物感 ・痛み ・涙が出る
- ・乾く ・かすみ ・まぶしい ・疲れる ・検診希望 ・検診で異常
- ・視力低下 ・光が見える ・黒い物が見える ・物が二重に見える
- ・メガネ作成 ・コンタクトレンズ作成 ・その他 ()

どちらの眼ですか。 (両眼 / 右眼 / 左眼)

その症状はいつからですか。 () から

日頃コンタクトレンズを装用することがありますか。 (ある / ない)

今までに眼の病気をしたことがありますか。 (ある / ない)

病名 ()

今までに眼の手術をしたことがありますか。 (ある / ない)

病名 () いつ () 年

ご家族のうち眼の病気にかかった方がいますか。

(父 / 母 / 兄弟 / 姉妹 / 祖父 / 祖母) 病名 ()

薬・注射・麻酔薬で具合が悪くなったことがありますか。 (ある / ない)

薬名 ()

現在使用中の薬がありますか。 (ある / ない)

薬剤名 () (薬手帳をお持ちの方はご提示ください)

現在当てはまる項目があれば、○をしてください。

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・アトピー ・脳梗塞 ・喘息 ・透析中
- ・花粉症 ・妊娠中もしくは授乳中 ・その他 ()
- ・過去に眼以外の手術を受けた 病名 ()

その他何か気になることがございましたら何でもご記入ください。

()