【初診問診票】

お名前：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※あてはまるものに✓をつけてください

■ どちらの目ですか？
□ 右　□ 左　□ 両方

■ いつ頃からですか？
□ 今日
□ 数日前
□ １週間前
□ それ以上（　　）
□ 急に
□ 徐々に

■ どのような症状ですか？
□ 見えにくい
□ かすむ
□ 眼痛（□表面 □目の奥）
□ 赤い　□ 痒い □ 腫れ
□ 目やにが出る □ 異物感
□ 涙が出る □ まぶしい
□ 光がチカチカする □ 頭痛
□ 黒い点・糸状のものが見える
□ 二重に見える
（□片目で　□両眼で）
□ メガネ・コンタクト作成希望
□ オルソケラトロジー希望
□ その他
（　　）

■ メガネ
□ 使っていない　□ 使っている

■ コンタクトレンズ
□ 使っていない
□ 使っている
　□ハードコンタクトレンズ
　□ソフトコンタクトレンズ
　　□ 1DAY（　　）
　　□2WEEK（　　）
　　□カラー（　　）

■目の病気・治療歴は？
□ 特になし
□ 緑内障
□ 白内障
□ 加齢黄斑変性
□ 糖尿病網膜症
□ 網膜剥離
□ レーザー治療（網膜、緑内障など）
□ レーシック
□ ICL
□ その他（　　）
□ わからない

■ 現在の身体の病気
（お薬手帳の提出をお願いします）
□ 特になし
□ 高血圧 □ 糖尿病 □ 喘息
□ 心臓の病気
□ 脳の病気（脳梗塞など）
□ その他
（　　）

■ 目薬
□ 使っていない
□ 使っている
（　　）

■ アレルギー
□ なし
□ あり（　　）

■女性の方へ
□ 妊娠中（　ヵ月）　□ 授乳中
□どちらでもない

■その他、ご自由にご記入ください