＜自由診療＞眼科　問診票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 男・女 |  |
| お名前 |  |  大・昭・平・令年　 　月　 　日　 　歳 |
| 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |

●あてはまるものを、〇で囲んでください。

|  |
| --- |
| 　・本日はどちらをご希望ですか？　【視力矯正治療】オルソケラトロジー　　　　　　　　【近視抑制用点眼液】マイオピン |
| 　・その他にあてはまる症状がありましたらご記入ください。・めやに　　・目が赤い　　・かゆい　　・ゴロゴロ　　・涙　　・乾燥　　・疲れる　　・かすむ　　・ゆがむ　　・二重に見える　　・視野が欠ける　　・まぶたの腫れ、痛み・浮遊物が見える　　・光が見える　　・近くが見えにくい・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 　・上記の〇で囲んだ症状の詳しい内容をご記入ください。 |

●眼鏡は使用していますか？　　　　　　　　　　　はい　・　いいえ

　◎いつ頃からですか？　　　　　　　　　　 （　　　　　　　　　　　）

●コンタクトレンズは使用していますか？　　　　　はい　・　いいえ

　◎いつ頃からですか？　　　　　　　　　 　（　　　　　　　　　　　）

◎使用している種類、度数等の詳しい内容をお分かりでしたらご記入ください。

|  |
| --- |
| 　使い捨てのコンタクトレンズ　・　ソフトコンタクトレンズ　・　ハードコンタクトレンズ |

●今までに目の病気をしたことはありますか？　　　はい　（　　　　　　　　　）　・　いいえ

　具体的に→

●今までに目の病気をしたことはありますか？　　　はい　・　いいえ

●現在治療中の病気・過去にかかったことのある病気はありますか？

　・高血圧　・糖尿病　・緑内障　・腎臓病　・脳梗塞　・喘息　・アトピー　・その他（　　　　　）

●現在服用中のお薬はありますか？　　　　　　　　はい　・　いいえ

具体的に→

●薬・食べ物・その他のアレルギーはありますか？

　具体的に→

●当クリニックを知ったきっかけを教えてください。（複数回答可）

□クリニックホームページ　　　□インスタグラム　　　□LINE　　　□Twitter (X)

□看板を見て　　　　　　　　　□友人知人の紹介　　　□家族がかかっていたから

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）