

岡眼科問診票

| | | |
|-------------|-----|--------|
| フリガナ ご氏名 | 男・女 | 年齢 () |
| 郵便番号 〒 | 電話 | |
| ご住所 | 携帯 | |

●あなたの症状を○で囲んで下さい。

1: どちらの目ですか? 右・左・両

2: どんな症状ですか?

- | | | | |
|------|-------------|----------|-------------|
| ・赤い | ・目やにが出る | ・遠くが見づらい | ・物が二つに見える |
| ・痛い | ・涙が出る | ・近くが見づらい | ・黒い物が飛んで見える |
| ・かゆい | ・ゴロゴロする | ・眼鏡が欲しい | ・学校検診で言われた |
| ・かすむ | ・まぶたが腫れている | ・目に何か入った | ・乾燥感がある |
| ・疲れる | ・コンタクトレンズ希望 | ・レーシック希望 | ・ICL 希望 |
| ・その他 | 〔 | | |

3: いつ頃からですか?

月 日頃から (初旬・中旬・下旬)

4: 今まで目の病気や手術やレーザーや目に注射をしたことがありますか?

(例 白内障手術 ○○眼科)

いいえ・はい → 病名は? (白内障・緑内障・網膜剥離・糖尿病網膜症・黄斑変性)
→ どこで? ()

5: 目以外の病気はありますか?

はい(下記病名を○で囲んで下さい)・いいえ

- ・糖尿病 ・高血圧 ・心臓病 ・肝臓病 ・喘息 ・鼻炎 ・花粉症
・アトピー ・脳梗塞 ・その他 []

内服中ですか? → はい・いいえ

6: ご家族の中で目の大きな病気をされた方はいますか?

いいえ・はい

→ 病名は? (緑内障・網膜剥離・糖尿病網膜症・黄斑変性・その他 [])

7: 薬によるアレルギーはありますか?

いいえ・はい → 薬の名前は? ()

8: コンタクトレンズを使用していますか? → いいえ・はい

頻度は? → (毎日 / 週に 日)

種類は? → (ソフト・ハード・使い捨て 1 day / 2 week / 1 month) → 装用時間 (時間 / 日)

9: 生命保険の「先進医療特約」に加入していますか? → いいえ・はい

10: (女性のみ) 妊娠していますか? → いいえ・はい 授乳中ですか? → はい・いいえ

11: 当院をお知りになったきっかけは?

- ・知人に聞いて ・家族に聞いて ・看板を見て ・ハローページを見て ・近いから
・インターネット ・折り込み広告を見て ・その他 []

ご協力ありがとうございました。