

# 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  
その他 [ ] )  
→ 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。