

## 問 診 票

◆レーシック適応検査をご希望のかたは、別に専用の問診票がありますので、受付にお申し出下さい。

|   |                           |                          |
|---|---------------------------|--------------------------|
| お名前                                     | 性別                        | 生年月日                     |
| (ふりがな)                                  | 男<br>女                    | 明・大・昭・平・西暦<br>年 月 日生( )歳 |
| ご住所                                     | 電話番号                      |                          |
| 〒 -                                     | 自宅・携帯電話・勤務先<br>( )        |                          |
| コンタクトレンズ装用：あり・なし（使用年数：合計 年 / 1日装用時間 時間） |                           |                          |
| 眼鏡使用：あり・なし                              | 運転免許：あり・なし（本日の車の運転：あり・なし） |                          |

### ■ 今日はどういったことで受診されましたか？（○で囲む、またはご記入をお願いします。）

- ・眼鏡を作りたい ・コンタクトレンズを作りたい ・オルソケラトロジー適応検査を受けたい
- ・学校で眼科受診を勧められた ・健診や人間ドックで眼科での精密検査を勧められた

・現在気になっている目の症状についてお書きください。

（例）両眼のかゆみ、充血。 3日前から右眼が見にくい。 昨日、左眼にゴミが入った。 等

### ■ これまでに目の病気を指摘されたことがありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

1) 病名がお分かりでしたら教えてください。

・白内障 ・緑内障 ・斜視 ・弱視 ・網膜剥離 ・眼底出血 ・その他 ( )

2) 目の手術を行った事があれば教えてください。 ※ ない・ある（○をつけてください）

(いつ： ) 頃 (病院名： ) で (病名： ) の手術を受けた。

### ■ 現在治療中、またはかかった事のある病気がありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

1) 病名がお分かりでしたら教えてください。

・高血圧 ・糖尿病 ・心疾患 ・リウマチ ・脳血管障害 ・その他 ( )

2) 通院されている病院があれば教えてください。 ※ ( )

### ■ 内服薬、点眼薬、点滴等でアレルギーがありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

・お薬の種類・名前は？ ※ ・風邪薬 ・ピリン系 ・ペニシリン系 ・その他 ( )

### ■ 体に何かアレルギーはありますか？ ※ ない・ある（○をつけてください）

・花粉症 ・アトピー性皮膚炎 ・食べ物 ( ) ・動物 ( ) ・その他 ( )

※お薬手帳をお持ちの方はご提示ください。

ご記入が終わりましたらお手数ですが、受付までお持ちください。