

# もりの眼科 問診票

ふりがな			
氏名	男・女		
生年月日	大・昭・平・令	年	月 日 ( 才)
現住所	職業:		
電話番号	自宅:	携帯:	

①本日はどうされましたか。 当てはまるものに○をつけて下さい。

(右 左 両目が) 痛い・目やに・赤い・腫れた・ゴロゴロする・かゆい  
 みにくい・ゴミが飛んでみえる・検診で異常・涙がでる・何か当たった  
 メガネ希望・コンタクト希望・視力検査希望・その他 ( )

②いつ頃からですか。 ( ) から)

③今までにかかった目の病気・身体の病気を教えてください。

喘息・不整脈・糖尿病・白内障・緑内障・その他 ( )

④薬や食べ物など、何かアレルギーがでたことがありますか。

ある ( ) ・ない

⑤当てはまる方は○をつけて下さい。 熱がある・咳が出る

妊娠中・授乳中・運転してきた・今コンタクトしてる・家族がはやりめ

※以下は、コンタクトレンズを希望される方に質問です。

⑥今までコンタクトレンズを使ったことが (ある・ない)

⑦使用していたのは (ワンデーレンズ・2週間レンズ・ハードレンズ)

⑧今後のご希望は (ワンデーレンズ・2週間レンズ・ハードレンズ)