

問 診 票

クオッカ眼科クリニック

ふりがな				生 年 月 日	西曆	年	月	日
お名前					大正 昭和 平成 令和	() 歳		
ご住所	〒 — —			ご 職 業				
お電話	(ご自宅) — —				(携帯)	— —		

1. 眼科の受診は初めてですか？ → (はい ・ いいえ) _____
 ・いいえの方 () すぎもと眼科にかかっていた
 () その他 眼科 (眼科名)
 ・現在目の治療中の方 (病名：)
 (薬の名前：)
2. 今日はどちらの目がどうされましたか？ → (両眼 ・ 右眼 ・ 左眼)
 ものが見えにくい ・ ゆがむ ・ 黒いものが見える ・ ものがダブったりにじんだり見える
 かゆい ・ ゴロゴロする ・ めやにが出る ・ 目が赤い ・ 涙が出る ・ 乾く ・ 痛い
 目の検診希望 ・ メガネ処方希望 ・ コンタクトレンズ処方希望
 その他 []
3. その症状はいつ頃からありますか？
 → (日前から ・ 週間前から ・ か月前から ・ 年前から)
4. 目の手術歴はありますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 (病名： 眼科名： いつ頃：)
5. 現在、治療中の病気はありますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 [高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 喘息 ・ アトピー性皮膚炎
 病名： [B型/C型肝炎 ・ 前立腺肥大 ・ その他 ()]
6. 現在使用しているお薬はありますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 (薬の名前：)
7. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 (薬・食べ物名：)
8. ご家族で目の病気をした方はいらっしゃいますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 (病名：)
9. 女性の方にお伺いします。現在妊娠していますか？ → (はい ・ いいえ)
10. メガネ・コンタクトレンズの使用経験はありますか？ → (はい ・ いいえ)
 ・はいの方 (メガネ ・ コンタクト ・ 両方)



ありがとうございました

問診表 (コンタクトレンズ処方用)

クオッカ眼科クリニック

1, 今までに、コンタクトレンズを使用されたことはありますか? はい ・ いいえ

※「はい」とお答えの方

初めてコンタクトレンズを使い始めてからの期間 : _____年

現在のコンタクトの調子 : 問題なし ・ その他(_____)

目の乾き : あり ・ なし / 目薬の使用 : あり ・ なし

使用期間・頻度 : _____年 / 毎日 ・ 週2～3日

1日 _____時間程度装着

レンズのタイプ : ハード ・ ソフト ・ カラー

使用期間 : (1 day 2週間 1か月)

メーカー・商品名 : (_____)

度数 : 右(_____) 左(_____)

今回の作成の理由 : 追加購入したい ・ 見えにくくなった ・ 種類を変えたい

2, どのような時に、コンタクトレンズを使われる予定ですか?

目的 : 常用 ・ 仕事 ・ スポーツ(_____) ・ その他(_____)

頻度 : 毎日 ・ 週2～3日 ・ 週末のみ ・ その他(_____)

3, コンタクトレンズに対するご希望があればお書きください。

1) レンズの種類 : 近視用 ・ 乱視用 ・ 遠近両用 ・ 遠視用

2) レンズの使用期間 : 1日用 ・ 2週間用

3) レンズのタイプ : ハード ・ ソフト

4) その他(_____)

4, コンタクトレンズは使用環境により、装用が難しくなることがあります。

使用環境が特殊な場合は記入してください。

乾燥しやすい ・ ほこりやゴミ、鉄粉が入りやすい ・ 夜勤がある

その他(_____)

5, 本日、コンタクトレンズをつけて来られていますか? はい ・ いいえ

6, 眼鏡はお持ちですか。 はい ・ いいえ

ありがとうございました

