

問診票

記入年月日：平成 年 月 日

I. 本日の診療の参考にさせていただきますので、該当する症状に○をつけて下さい。

症 状	頻 度 は ?	ど ち ら の 目 ?
1 乾き	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
2 疲れ	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
3 充血	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
4 しみる	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
5 異物感	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
6 目ヤニ	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
7 かゆみ	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
8 かすみ	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
9 痛み	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
10 まぶしい	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
11 はれ	【 時々 ・ 常時 】	【 右 ・ 左 ・ 両目 】
12 その他	どのような症状ですか？	いつから？
	【	】 【
		】 【 右・左・両目 】

コンタクトレンズ使用状況
【使用頻度 週 日】 【装用時間 1日 時間】

II. 過去に目の病気をしたことがありますか？

ない・ある 病名は？ 【 何歳ごろ？ 【

III. 眼科以外に現在治療中の病気がありますか？

ない・ある 【 現在服用中の薬はありますか？ 【

IV. アレルギーがありますか？

ない・ある 【

花粉症 ない・ある 時期 春 ・ 夏 ・ 秋 ・ 冬 月頃～ 月頃

V. 今までに薬剤過敏症がありましたか？

ない・ある【薬品名

VI. 女性の方へ

現在妊娠していますか？ いない ・ いる (妊娠 ヶ月)

現在授乳していますか？ いない ・ いる

お名前

ご協力ありがとうございました。

スタッフ記入欄

現在使用中CL(-)・(+) HCL・SCL・1Month・2W・1Day

希望CL HCL・SCL・1Month・2W・1Day・相談～

その他ご要望