

問診票

年 月 日

ふりがな
氏名 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 月 日 (才)

〒
住 所 _____ 固定電話() _____

携帯電話() _____

あなたの症状を○で囲み、該当事項を記入して下さい。

どちらの目のどんな症状ですか？ ○で囲んで下さい。

1. (右・左・両方)の目が → 見えにくい。かすむ。

2. (右・左・両方)の目が → 痛い。こごごする。

3. (右・左・両方)の目が → かゆい。

4. (右・左・両方)の目が → 目やにが出る。涙が出る。

5. (右・左・両方)の目が → 腫れている。

6. (右・左・両方)の目が → 赤い。

7. (右・左・両方)の目が → 乾く。疲れる。

8. (右・左・両方)の目が → 二重に見える。三重に見える。

9. (右・左・両方)の目が → 虫みたいな物、光、黒い影などが見える。

10. (右・左・両方)の目が → 斜視のようだ。

11. (右・左・両方)の目が → 上記以外()

12. (コンタクトレンズ・メガネ)を作りたい。コンタクトレンズ使用は初めてですか？ (はい・いいえ)

13. 学校検診(視力・アレルギー・色覚・その他())

*いつ頃からですか？()から

※裏面もご記入ください ⇒