

# オリンピック眼科病院 眼科ドック問診票

年 月 日

|             |     |                      |                    |
|-------------|-----|----------------------|--------------------|
| フリガナ<br>お名前 | 男・女 | 大正<br>昭和<br>平成<br>令和 | 年 月 日<br><br>( ) 歳 |
| ご住所 〒       |     | 自宅電話番号 : ( )         |                    |
|             |     | 携帯電話番号 : ( )         |                    |
|             |     | E-mail : @           |                    |
| ご職業（具体的に）   |     |                      |                    |

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 全身疾患既往歴<br>（複数回答可）    | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 心臓疾患 <input type="checkbox"/> 脳疾患<br><input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 血管系疾患 <input type="checkbox"/> その他 ( )                                                                                                                                                                                                                                         |
| 眼病既往歴<br>（複数回答可）      | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 白内障 <input type="checkbox"/> 角膜疾患<br><input type="checkbox"/> 緑内障 <input type="checkbox"/> 網膜疾患 <input type="checkbox"/> まぶたの病気<br><input type="checkbox"/> ドライアイ <input type="checkbox"/> レーシック <input type="checkbox"/> ICL    その他 ( )                                                                                                                                  |
| 現在飲んでいる薬<br>使用している点眼薬 | <input type="checkbox"/> あり ( )<br><input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| アレルギー<br>（複数回答可）      | <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 薬 <input type="checkbox"/> 食物<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> 原因 ( )                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 眼の手術をしましたか            | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 現在眼科を受診               | <input type="checkbox"/> している（病名： ( )） <input type="checkbox"/> なし                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| 気になる症状                | <input type="checkbox"/> 最近視力が落ちた <input type="checkbox"/> 眼が充血しやすい<br><input type="checkbox"/> 眼が痛い <input type="checkbox"/> コンタクトが合わない<br><input type="checkbox"/> メガネが合わない <input type="checkbox"/> 暗いところで見えにくい<br><input type="checkbox"/> 光がまぶしい <input type="checkbox"/> かすんで見える<br><input type="checkbox"/> 眼が乾きやすい <input type="checkbox"/> 黒い点が見える<br><input type="checkbox"/> 眼が疲れやすい <input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| コンタクトレンズ              | <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ハード <input type="checkbox"/> その他 ( )<br><input type="checkbox"/> 本日使用中 <input type="checkbox"/> 本日未使用                                                                                                                                                                                                                                          |
| 眼鏡                    | <input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 遠用 <input type="checkbox"/> 近用 <input type="checkbox"/> 両用（遠近、中近、近近）                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 妊娠・授乳について             | <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| 老眼の自覚症状               | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 分からない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| VDT（パソコン）作業           | <input type="checkbox"/> する（1日 時間程度） <input type="checkbox"/> しない                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |

|                      |                                                                                                                                                                                                                        |
|----------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 当院の眼科ドックを<br>知ったきっかけ | <input type="checkbox"/> 当院のホームページ <input type="checkbox"/> 家族が通院<br><input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 以前受診していた<br><input type="checkbox"/> 医療機関の紹介（紹介先 ( )）<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |
| 気になる点など<br>自由記入      |                                                                                                                                                                                                                        |