

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 お名前	男・女	大正 昭和 平成 令和	年 月 日 () 歳
ご住所 〒		自宅電話番号 : ()	携帯電話番号 : ()
		E-mail : @	※今後当院より眼科ドックに関するメールお送りしてもよろしいですか? はい いいえ
ご職業 (具体的に)			
全身疾患既往歴 (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
	<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 (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
	<input type="checkbox"/> 緑内障	<input type="checkbox"/> 網膜疾患	<input type="checkbox"/> まぶたの病気
	<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 使用している点眼薬	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし		
アレルギー (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 特になし	<input type="checkbox"/> 薬	<input type="checkbox"/> 食物
	<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"/> 目が充血しやすい	
	<input type="checkbox"/> 目が痛い	<input type="checkbox"/> コンタクトが合わない	
	<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	
	<input type="checkbox"/> 光がまぶしい	<input type="checkbox"/> かすんで見える	
	<input type="checkbox"/> 目が乾きやすい	<input type="checkbox"/> 黒い点が見える	
	<input type="checkbox"/> 目が疲れやすい	<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 ()
	<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 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 以前受診していた <input type="checkbox"/> 医療機関の紹介 (紹介先) <input type="checkbox"/> その他 ()
気になる点など自由記入	