問診表ー術前　　記入日：平成　　年　月　日

フリガナ お名前	生年月日：西暦　　年　　月　　日（　　才）	
	性別：　男　・　女	血液型：　　型
ご住所：〒 ＊ダイレクトメール等お送りしてもよろしいですか？　　はい・いいえ		ご自宅・会社
TEL： ＊当院からご連絡する際にクリニック名を出してもよろしいですか？　　はい・いいえ	携帯番号：	
緊急連絡先 TEL：	E-mail アドレス　　@	.ne.jp .co.jp .com
ご職業（なるべく具体的に） パソコン使用　有・無　／　夜間の車の運転　有・無		

1．当院でのレーシック手術をどちらでお知りになりましたか？　該当する項目を○で囲んでください。
（複数回答可）

1．金谷眼科のホームページを見た　　2．金谷眼科内の掲示物を見た
3．テレビ・ラジオ（　　）　　4．知人のご紹介（ご紹介者のお名前：　　）
5．眼科紹介（病院名：　　）　　6．レーシックの資料請求をした
7．看板　　8．その他（　　）

2．現在のコンタクトレンズの使用状況を以下からお選びいただき、○で囲んでください。
1．使用していない　　2．使用している（ソフト・ ハード_____年間使用）
3．はずしている（ソフト・ハード_____日前から）

3．どの程度の裸眼視力（メガネ、コンタクトレンズなしの視力）改善を期待していますか？
1．1.0 以上（遠くの細かいものが良く見える）
2．1.0 程度（遠くが見える）
3．0.7 程度（運転免許の更新ができる程度）
4．0.5 程度（日常生活がメガネやコンタクトレンズなしで、なんとか過ごせる程度）
5．0.1 程度（分厚いメガネから解放されれば良い）

4．手術を受けたいと思う動機を以下からお選びいただき、○で囲んでください。（複数の回答可）
1．職業的な理由　（　　）
2．メガネは外見上不利
3．スポーツ(種類：　　)や趣味のため、メガネ・コンタクトは不便
4．不同視(左右の近視の度数が違いすぎるので疲れる)がある
5．メガネはとても疲れる
6．コンタクトレンズは異物感、充血が出現するので長時間できない
7．コンタクトレンズの手入れが面倒
8．新しい手術だから受けてみたい　　9．メガネ、コンタクトレンズはお金がかかる
10．裸眼で生活したい　　11．その他（　　）

5. 現在の自覚症状と最も近いと思われるものをお選びいただき、○で囲んでください。

目が疲れる	右目	全く感じない０	1	2	3	かなり感じる４
	左目	0	1	2	3	4
まぶしく感じる	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
乾燥感（乾き）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
異物感（ゴロゴロ）がある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
かゆみがある	右目	0	1	2	3	4
	左目	0	1	2	3	4
充血する	右目	全くしない０	1	2	3	かなりある４
	左目	0	1	2	3	4
目やにがでる	右目	全くない０	1	2	3	かなりでる４
	左目	0	1	2	3	4

＊ 薄目を開けて寝ているといわれたことがありますか？　　はい　・　いいえ

その他の症状があれば、なるべく具体的にお書きください。

6. 現在、または過去に目や全身の病気、手術、ケガがあればお書きください。
（　　）

7. 輸血歴、肝炎の既往歴
過去に輸血を受けたり、肝炎になったことのある方はお答えください。　輸血　ある　・　ない
肝炎　ある　・　ない

8. 現在妊娠中、授乳中、避妊薬（ピルなど）を内服中でしたらお書きください。
妊娠中：（現在 _____カ月）　授乳中：（ _____月まで予定）
避妊薬内服中：（薬品：_____、いつ頃から_____）

9. 現在、使用中の薬がありましたらお書きください(市販薬も含む)。
点眼薬：（　　）
内服薬：（　　）
注　射：（　　）

10. アレルギーの有無についてお答えください。
花粉症 ・ 食物（　　）・ 薬物 （　　）
その他（　　）

ご記入ありがとうございました。記入が終わりましたらお手数ですが、受付までお持ちください。