問診表	記入日　　年　　月　　日　Ver.20261119		
フリガナ	年齢	性別	生年月日
お名前	歳		年　　月　　日 生

ご職業　※ご職業は、術式や矯正の程度を決定するために重要な要素のひとつです。ご協力ください。

☐ 会社員・団体職員　☐ 会社役員・団体役員　☐ 自営業　☐ パート・アルバイト・自由業　☐ 主婦　☐ 学生

☐ 医療従事者 （☐ 医師・歯科医師　☐ 獣医師　☐ 薬剤師　☐ 看護師　☐ その他（　　））

☐ 専門職（弁護士・公認会計士・税理士・司法書士）　☐ 教員　☐ 農業・林業・水産業　☐ 無職・家事手伝い

☐ 公務員 （☐ 事務・デスクワーク系　☐ 警察官・海上保安官　☐ 自衛官　☐ 消防官　☐ その他（　　））

☐ スポーツ選手 （☐ 屋外　☐ 屋内　☐ 格闘系　☐ モーター系　☐ その他（　　））

☐ 芸能関係 （☐ テレビ・舞台・演劇関係　☐ 楽器演奏　☐ その他（　　））

☐ 美容・理容・エステ　☐ その他（　　）

ご住所　〒

電話番号［第1連絡先］	電話番号［第2連絡先］

受診歴		
	☐ 井上眼科病院	☐ 西葛西・井上眼科病院
	☐ お茶の水・井上眼科クリニック	☐ 大宮・井上眼科クリニック

1. どのような屈折矯正手術をご希望ですか？

☐ LASIK （レーシック）　☐ ICL （アイシーエル　眼内コンタクトレンズ）

☐ PRK （ピーアールケー）　☐ まだ決めていない・わからない

☐ その他（　　）

2. 屈折矯正手術に、どの程度の裸眼視力（眼鏡なしの視力）を期待していますか？

☐ 0.7程度（運転免許更新最低ライン）　☐ 1.0程度（中間～やや遠く）

☐ 1.0以上（遠くの小さいものが見える）　☐ その他 モノビジョンなど（　　）

3. 車やバイクなどを運転していますか？また、長距離運転や夜間運転はしますか？

☐ はい　☐ よく運転する（職業ドライバー ・ 配達など）　☐ よく運転する（自家用・通勤）

☐ たまに運転する（週末など）　☐ ほとんど運転しない（月に1～2回程度）

☐ 長距離運転（する ・ しない）　☐ 夜間運転（する ・ しない）

☐ いいえ

4. （趣味で）スポーツをしていますか？ （モータースポーツ、マリンスポーツ、ウインタースポーツ含む）

☐ はい：スポーツ名称（　　）　☐ いいえ

5. （趣味で）格闘技をしていますか？

☐ はい：格闘技名称（　　）　☐ いいえ

6. 普段、コンタクトレンズを使用していますか？

☐ はい　☐ ハードコンタクトレンズ　☐ ソフトコンタクトレンズ

☐ 使い捨て（1DAY・1week・2week・1ヶ月・トーリック）　☐ トーリックソフトコンタクトレンズ

☐ いいえ

7. 眼鏡・コンタクトレンズの使用歴をご記入ください。

☐ 眼鏡　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 歳から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年間使用

☐ ハード　☐ ソフト　コンタクトレンズ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 歳から＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 年間使用

8. コンタクトレンズを最後に使用したのはいつですか？

☐ ソフトコンタクトレンズ　☐ ハードコンタクトレンズ

＿＿＿＿＿＿＿＿ 月＿＿＿＿＿＿＿＿ 日まで使用

9. 現在、何か眼に自覚症状がありますか？

☐ はい:
- ☐ 充血
- ☐ 目やに
- ☐ いたみ・かゆみ・異物感
- ☐ 斜視・斜位
- ☐ 飛蚊症
- ☐ かすみ、ぼやけ、ものが二重に見える
- ☐ 乾燥感・ドライアイ
- ☐ 眼精疲労
- ☐ 花粉症・アレルギー
- ☐ 老眼
- ☐ ものもらい・まぶたの腫れ
- ☐ 光過敏・まぶしさ
- ☐ その他（　　）

☐ いいえ

10.（**ご本人**の眼科既往歴）今までに、眼科にかかったことがありますか？（複数回答可）

☐ はい:
- ☐ 白内障　☐ 緑内障　☐ 角・結膜炎　☐ アレルギー　☐ 斜視・斜位　☐ 眼鏡・コンタクトレンズ処方
- ☐ 乾燥感・ドライアイ　☐ 網膜疾患　☐ ぶどう膜炎　☐ その他（
- ☐ 手術（　　）

☐ いいえ

11.（**ご本人**の既往歴）今までに、大きな病気にかかったり手術を受けたことがありますか？（複数回答可）

☐ はい:
- ☐ 自己免疫疾患（☐ リウマチ　☐ 膠原病　☐ その他〈　　〉）　☐ アレルギー　☐ アトピー
- ☐ ぜんそく　☐ 甲状腺疾患　☐ 心臓疾患　☐ 脳疾患　☐ 肝臓病　☐ 腎臓病　☐ ケロイド体質　☐ 高血圧
- ☐ その他（　　）
- ☐ 手術　（　　）

☐ いいえ

12.（**ご家族**の既往歴）ご家族の方に大きな病気にかかられた方はいらっしゃいますか？（複数回答可）

☐ はい:
- ☐ 自己免疫疾患（☐ リウマチ　☐ 膠原病　☐ その他〈　　〉）　☐ アレルギー　☐ アトピー
- ☐ ぜんそく　☐ 甲状腺疾患　☐ 心臓疾患　☐ 脳疾患　☐ 肝臓病　☐ 腎臓病　☐ ケロイド体質　☐ 高血圧
- ☐ 緑内障　☐ その他（　　）

☐ いいえ

13. 現在、病院で治療中の病気や怪我はありますか？

☐ はい:疾患名（　　）　☐ いいえ

14. 現在、点眼薬・内服薬・塗り薬・貼り薬　を使用していますか？**（病院処方薬・自己購入薬・市販薬　すべて）**

☐ はい:薬品名（　　）

☐ いいえ

※薬の種類によっては、まれに手術結果に影響を与えるものがありますのですべてお答えください （病院処方薬はおくすり手帳でも可）

15. 現在、サプリメントをご使用ですか？

☐ はい：薬品名（　　）　☐ いいえ

16. 薬剤・注射・食品・金属・ラテックスゴム・繊維　その他によるアレルギーはありますか？

☐ はい：対象（　　）　☐ いいえ　☐ わからない

・ジェルネイルで皮膚がかぶれたことはありますか？　☐ はい　☐ いいえ　☐ わからない

17. これまでに　B型肝炎・C型肝炎・梅毒・ウイルス性感染症・HIV　と診断されたり、現在それらに感染している可能性はありますか？

☐ ある　：（　　）　☐ ない

☐ わからない

18. 女性の方のみお答えください。

・現在、月経中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

・現在、妊娠中ですか？　☐ はい（妊娠　　週目　）　☐ いいえ

・現在、授乳中ですか？　☐ はい（　　）　☐ いいえ

・避妊薬（ピル）を使用中ですか？　☐ はい　☐ いいえ

19. 当院をどなたから紹介されましたか？

☐ はい：
- ☐ 知人
- ☐ 家族
- ☐ 当院スタッフ

→ 紹介者様のお名前：（　　）

- ☐ 他院 → 名称：（　　）
- ☐ その他（　　）

☐ 紹介なし

20. 来院されるまでに参考とされたものをすべて選択してください。（複数回答可）

☐ クリニックのサイトを見た（PC）　☐ クリニックのサイトを見た（スマホ・タブレット）

☐ 電話で問い合わせをした　☐ 資料請求をした

☐ 説明会に参加した　☐ その他（　　）

21. 屈折矯正手術を受けようと思った理由は何ですか？（複数回答可）

☐ 職業的な理由　☐ 受験・就職活動・資格試験・各種免許取得で必要

☐ スポーツや趣味を行うのにメガネ、コンタクトレンズは不利　☐ 左右の近視の度合いが違いすぎるので疲れがある

☐ コンタクトレンズは異物感や充血などがあり、長時間できない　☐ メガネは度数が強く、装用でとても疲れるので向いていない

☐ その他（　　）

22. これまでに他病院・クリニックにて適応検査を受けたことがありますか？

☐ はい：施設名（　　）　☐ いいえ

23. ご質問等ございましたら、お気軽にお書き下さい。

ご回答ありがとうございました。

※当院では、患者様の診療情報等の個人情報を、「個人情報保護方針」に則り、適正に管理運用しております。

※当問診表は、学会等で統計に使用されることがありますが、個人のお名前や症状が公表されることはなく、プライバシーは厳守されます。