

問 診 票

ふりがな _____

〈生年月日〉

お名前 _____ 男・女（ 歳） 大・昭・平・令 年 月 日

〒 _____ 住所 _____

電話番号（ _____ ） _____ 携帯番号（ _____ ） _____

次の項目に○又は記入をお願いします。

1. 今日はどうされましたか

いつ頃から（ _____ ） 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が、

- ・ 見えにくい ・ かゆい ・ 充血 ・ 目やに ・ 痛い
- ・ 乾く ・ 涙が出る ・ コロコロする ・ 虫がとんで見える
- ・ 眼鏡処方 ・ コンタクト希望 ・ 検診希望

その他（ _____ ）

2. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか（ はい ・ いいえ ）

いつ頃：（ _____ ） 病院名：（ _____ ）

どのような病気(手術)：
（ _____ ）

3. 現在、目薬を使用していますか（ はい ・ いいえ ）

どのような目薬： 緑内障 白内障 ドライアイ 結膜炎 その他：（ _____ ）

目薬の名前がわかればご記入下さい：
（ _____ ）

4. メガネ又はコンタクトレンズを使用していますか（ はい ・ いいえ ）

メガネ 老眼鏡 使い捨て：（ 1day 1week 2week 1month ） ハード

いつ頃から：
（ _____ ）

5. 現在かかっている病気はありますか（ はい ・ いいえ ）

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー 前立腺肥大
その他：（ _____ ）

6. 現在、何か飲み薬は飲んでいますか（ はい ・ いいえ ）

お薬の名前がわかればご記入下さい：（ _____ ）

7. 今まで薬でアレルギーはありましたか（ はい ・ いいえ ）

具体的にご記入下さい：（ _____ ）

8. 女性の方で該当する方はご記入下さい（ 妊娠中 ・ 授乳中 ）

9. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか（ はい ・ いいえ ）

10. 当院をどのようにお知りになりましたか

知り合いからの紹介 近所だから 看板 チラシ インターネット その他（ _____ ）