

問 診 票

フリガナ
氏名	_____ 性別 男・女
生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日 (歳)
郵便番号	〒 _____
住所	_____
電話番号	自宅 () - _____ 携帯 () - _____

1. 今日どのような症状で来院されましたか？

- 右眼 左眼 両眼 いつ頃から? _____
- めやにが出る 眼がかすむ
- 涙が出る 視力が悪い
- ゴロゴロする 眼が疲れる
- 眼が赤い 黒い物が飛ぶ
- 眼がかゆい コンタクトレンズ希望
- 眼が痛い メガネ希望
- はれている・できものがある 学校（幼稚園・保育園）検診
- その他 _____

2. 今まで、眼の病気で眼科にかかれたことがありますか？

- はい 白内障・緑内障・結膜炎・ものもらい・花粉症・その他 _____
- いいえ いつ頃 _____

3. 現在、他の病院、医院で治療を受けていますか？

- はい 糖尿病・高血圧・心臓病・前立腺・アレルギー性鼻炎・その他 _____
- いいえ

4. アレルギーといわれたりその他の薬や注射で異常を起こしたことがありますか？

- はい 薬・注射の名前 _____ いいえ

5. 普段、コンタクトレンズを装用していますか？

- はい ハード・ソフト (1日約 _____ 時間装用)
- いいえ (今日コンタクトレンズを 装用している・していない)

6. 現在妊娠中、または授乳中ですか？(女性の方のみ)

- はい (妊娠中・授乳中) いいえ

7. ほかに、何かお困りな事がございましたら、お書きください。
