

問診票

平成 年 月 日

ふりがな	大・昭・平
お名前	生年月日 年 月 日生
郵便番号 〒	住所
住所	連絡先

※太枠の中は確実に記入お願いします。忘れ物・予約変更などで連絡する場合がございます。

【症状】

★どちらの目（右目 ・左目 ・両目）がいつ頃（ ）からどんな症状がありますか？

【下記の項目から○をつけてください】
・目が赤い ・かゆい ・痛い（どのように： ）・腫れがある・涙がでる
・目やにがでる（量が多い・少ない） ・虫が飛んでみえる ・見えづらい（遠く・近く・両方）
・まぶしい ・その他（ ）
・相談 ・紹介 ・メガネ処方、相談
・コンタクトレンズの処方希望・相談
●コンタクト使用歴約_____年・1日約_____時間装用
●現在使用しているレンズの種類、名前（ ）
処方希望する種類、名前（ ）

★目の病気、眼科でレーザー処置や手術を受けたことがありますか？（結膜炎・白内障・緑内障…など）

（ いいえ ・ はい ） →いつ（ ）

病院名（ ）

診断名（ ）

★これまでに病気にかかったことがありますか？

（ いいえ ・ はい ） → ・糖尿病（ヘモグロビンA1C値 %） ・心臓病 ・喘息
・高血圧 値（最高 /最低 ） ・その他（ ）

★通院している病院はありますか？ 病院名：

飲んでる薬の名前（ ）

★アレルギーはありますか？

（ いいえ ・ はい ） → 薬（ ）食べ物（ ）鼻炎 その他（ ）

★本日の来院は（ 車 ・ 徒歩 ）です。

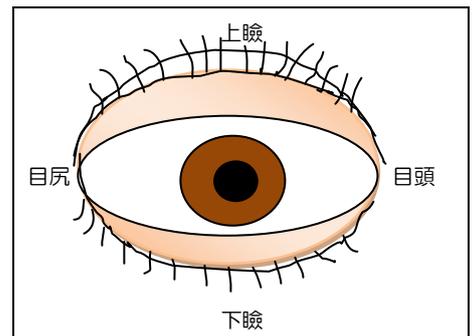
★現在入院中ですか？（ いいえ ・ はい ）

女性の方へ★ 妊娠していますか？（ 授乳中 ・ いいえ ・ はい ）

“はい”の方 →何週目ですか？（ 週目）

備考

（ ）



※ご記入の際に不明な点がございましたら、スタッフに声をかけて下さい(^_^)