

問診票

年 月 日

ふりがな	大・昭・平・令
お名前	生年月日 年 月 日生
郵便番号 〒 -	※連絡が可能な電話番号
住所	自宅電話 - - 携帯電話

※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】

★(右目 ・左目 ・両目)がいつ頃()からどんな症状がありますか? ・目が赤い() ・目やに(多い / 少ない) ・かゆみ ・腫れ ・涙 ・まぶしい ・痛み ・違和感() ・虫が飛んで見える() ・見えづらい(遠く / 近く / 両方) ・その他()
★メガネ 相談 / 処方希望(近用 / 遠用 / 両用) ★コンタクトレンズ 相談 / 処方希望(タイプ)
★コンタクトレンズ (使用なし / 使用あり → 装着中 / 外している) ★メガネ (なし / あり) ★これまでの眼科治療(手術・レーザー処置)について(なし / あり) いつ() 病名・病院名() ★アレルギー(なし / あり) 薬() 食べ物() 鼻炎・その他() ★妊娠中 (周目) ★授乳中 ★通院 ・ 入院(なし / あり) 病名() 病院名() ★糖尿病(HbA1c値 %) 高血圧(値 /) 喘息・その他() ★処方薬(なし / あり) 薬名() ※ お薬手帳持参の方は受付にご提示ください。

★本日は、(車 / 徒歩 / その他)で来院

()

※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(^^♪

おもろ眼科

