

問診票

令和 年 月 日 No. _____

(HP 用改 CL)

ふりがな ()

お名前 _____ 職業()

男 ・ 女

生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和)
(年 月 日)

郵便番号 〒 _____ - _____

ご住所 _____

電話番号 () - _____

携帯番号 () - _____

- 1、本日の来院手段 ①車 ②自転車・バイク ③徒歩 ④その他 ()
- 2、どちらの目の具合が悪いですか？ (両目 ・ 右目 ・ 左目)
- 3、症状はいつからですか？ (日前～ ・ 月前～ ・ 年前～)
- 4、本日の来院理由をご記入ください。
① 見えづらい ②目がかゆい ③目やに ④目が痛い ⑤二重に見える ⑥充血
⑦黒いものが飛んでいる ⑧光やきらきらしたの見える ⑨涙が出る ⑩異物が入った
⑪まぶたの腫れ (できもの) ⑫物がゆがんで見える ⑬定期健診
⑭眼鏡を作りたい ⑮コンタクトを作りたい ⑯その他 ()
- 5、普段の生活で眼鏡もしくはコンタクトレンズは使用していますか？
いいえ ・ はい (眼鏡 ・ コンタクト)
コンタクトレンズを使用している方へ、本日は装用されていますか？ (はい ・ いいえ)
- 6、現在、他の眼科で治療中ですか？ (はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (病院名： 薬：)
- 7、今までに目の病気や治療 (手術・レーシック) をされたことがありますか？
(はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (病名： 治療内容：)
- 8、以下の病気にかかったこと、もしくは現在治療中のご病気はありますか？
糖尿病 ・ 高血圧 ・ ぜんそく ・ 心臓病 ・ 特になし
その他 ()
- 9、薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？ (はい ・ いいえ)
はいとお答えの方… (薬品名： 食べ物：)