

# 問 診 票

ふりがな \_\_\_\_\_

〈生年月日〉

お名前 \_\_\_\_\_ 男・女（ 歳） 明・大・昭・平 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  
その他 : [ \_\_\_\_\_ ]

6. 現在、何か飲み薬は飲んでありますか ( 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. 当院のことは、どこでお知りになりましたか

近隣で見かけて 駅の看板 知人の紹介 インターネット検索 ホームページ  
チラシ・広告 その他 ( \_\_\_\_\_ )