

問 診 票

受付、診察の待ち時間を短くするため、この用紙にご記入の上、受付へお出し下さい。
 なお、受付順と診察順が疾患、診療の内容により前後する事がありますのでご了承下さい。

ふりがな		男 ・ 女	連絡先 ()
名 前			住所 〒
生年月日	大・昭・平・令 年 月 日 (歳)		

【1】どのような症状ですか？ □にチェックをつけて下さい。

- どちらの目ですか？ → 右目 左目 両目
- いつからですか？ → ()
- 視力低下 疲れる 白内障検診 赤い
ぼやける かわく 緑内障検診 痛い
ゆがむ 腫れている メガネ希望 目やに
かゆい 涙がでる コンタクト希望 ゴミが入った
ゴロゴロする 光が見える 黒いものが見える
その他()

【2】今までに目の病気をされたことがありますか？

- はい → 病名() 目薬の名前()
- いいえ

【3】目以外の病気はありますか？

- はい → 高血圧・高脂血症・糖尿病・心臓病・肝臓病・脳疾患・
- いいえ その他()

【4】服用しているお薬はありますか？ / お薬手帳： 有 ・ 無

- はい → 薬の名前()
- いいえ

【5】今までに薬、食べ物等でアレルギー症状を起こしたことがありますか？

- はい → アレルギーの原因()
- アレルギー検査希望
- いいえ

【6】現在コンタクトレンズを使用していますか？

- はい → 使い捨て(1Day ・ 2Week) 従来型ソフトレンズ ハード
- いいえ → 初めて 以前使用したことがある

【7】当院をどこでお知りになりましたか？

- 他の病院()からの紹介 通りがかり
- 人づて(どなたからですか？)様 街中の広告
- その他() インターネット
- ホームページ

【8】<女性の方に伺います>

- ・妊娠していますか？ はい (月) 可能性あり いいえ
- ・授乳中ですか？ はい いいえ