

# 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