

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。

いつからですか？ → ()

どちらの目ですか？ → 右目 左目 両目

- | | | | |
|-----------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 視力低下 | <input type="checkbox"/> 疲れる | <input type="checkbox"/> 赤い | <input type="checkbox"/> ゆがむ |
| <input type="checkbox"/> ぼやける | <input type="checkbox"/> かわく | <input type="checkbox"/> 痛い | <input type="checkbox"/> かゆい |
| <input type="checkbox"/> 腫れている | <input type="checkbox"/> メガネ処方希望 | <input type="checkbox"/> 目やに | <input type="checkbox"/> ゴロゴロする |
| <input type="checkbox"/> 涙がでる | <input type="checkbox"/> コンタクト処方希望 | <input type="checkbox"/> ゴミが入った | <input type="checkbox"/> 光が見える |
| <input type="checkbox"/> 黒いものが見える | <input type="checkbox"/> 違和感 | <input type="checkbox"/> 白内障検診 | <input type="checkbox"/> 緑内障検診 |
| <input type="checkbox"/> 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・脂質異常症・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 子ども(歳 月) いいえ