

問 診 票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平
お名前			年 月 日 才
		性別	男 ・ 女
ご住所	〒	電話	- -
		携帯	- -

1. どうされましたか？ （右眼 左眼 両眼）

見えづらい かすむ 痛い かゆい 赤い めやにが出る
 ごろごろする まぶしい はれている 黒いものが見える 眼が疲れる
 眼鏡処方希望 コンタクトレンズ処方希望 手術を希望
 その他（ ）
2. その症状は、いつ頃からですか？

（ ）日前から （ ）ヶ月前から （ ）年前から
3. 今まで目の病気にかかったことはありますか？

いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？ （ ）
 いつ頃？ （ ）
4. 特異体質・アレルギーはありますか？

いいえ はい ⇒ ぜんそく 花粉症 アトピー その他（ ）
5. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？ （ ）
 どうなりましたか？ （ ）
6. 今までにかかった（現在かかっている）病気はありますか？

高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他（ ）
7. 現在飲んでいる薬はありますか？

いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？ （ ）
8. 女性の方にかがいます

妊娠していますか？ いいえ はい（ ）ヶ月 わからない
 現在授乳中ですか？ いいえ はい
9. 当院を受診されたきっかけを教えてください

医師の紹介 知人の紹介 看板を見て ホームページを見て
 その他（ ）