

問診票

(記入日 年 月 日 :)

ふりがな	生年月日
名前	男・女 明・大・昭・平・令 年 月 日 (歳)
〒 - 住所	
電話番号 自宅 ()	携帯 ()

- 今日どのような症状で来院されましたか？○をつけて下さい。
 両目 右目 左目 いつ頃から？
 めやに かゆい ゴロゴロする 黒いものが飛ぶ
 赤い(充血・出血) 痛い(奥・表面) 疲れ ゆがんで見える
 はれている かすむ 異物が入った()
 なみだがでる 乾く 見えづらい(遠く・近く)
 健康診断・人間ドックにて指摘を受けた()
 学校検診後の受診 メガネ処方せん希望 コンタクトレンズ希望 (ソフト・ハード)
 白内障の検診または手術希望 緑内障の検診 糖尿病網膜症の検診

その他、気になることがあれば、お書きください。

- メガネを使用していますか？ はい・いいえ・老眼鏡
- コンタクトレンズの使用経験はありますか？ はい(ソフト・ハード)・いいえ
- レーシックをしていますか？ はい・いいえ
- 今まで、眼科にかかったことはありますか？ はい・いいえ 病院名
 はいの方、○をつけてください
 白内障 緑内障 花粉症 飛蚊症 その他()
 また、眼科で手術・レーザーを受けたことがありますか？ はい・いいえ
 はいの方、(術名 いつ頃)
- 現在、眼科以外で治療中のご病気、使用中のお薬はありますか？
 はい・いいえ 病院名
 糖尿病 高血圧 心臓病 リウマチ アレルギー 風邪 その他()
 お薬のなまえ ()
- ぜんそくの既往はありますか？ はい・いいえ
- お薬でアレルギー反応が出たことはありますか？ はい・いいえ
 はいの方 お薬のなまえと症状 ()
- 当院を何でお知りになりましたか？
 知人・家族の紹介 ホームページ 広告・看板 他院からの紹介 ご近所・通りすがり
 その他()
- 女性の方のみ、お答えください。
 現在妊娠していますか？ はい・いいえ 現在授乳中ですか？ はい・いいえ