

問 診 票

ふりがな	
お名前	_____ 男 ・ 女
生年月日	大正・昭和・平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)
ご住所	〒 _____
電話番号	_____ 自宅／携帯 _____

※当院ではコンタクトレンズの処方箋発行・作成・販売は行っておりません

①症状があるのはどちらの眼ですか？症状が出たのはいつ頃からですか？

右眼 左眼 両眼 (いつ頃から: _____)

②症状や来院の理由を選んでください

見えにくい かすむ まぶしい ごろごろする 痛い
目やにが多い かゆい 赤い 異物が入った ぶつけた
乾く 涙っぽい 腫れ できもの 虫が飛んで見える
健診で視力低下を指摘された 又は、眼科受診を勧められた 白内障手術希望
メガネ処方希望 その他 (_____)

③今までに、他の眼科で眼の病気を指摘されたことはありますか？

ない ある⇒病名 白内障・緑内障・糖尿病網膜症・ドライアイ・結膜炎
その他 (_____)

④今までに、眼科で手術やレーザー治療を受けたことがありますか？

ない ある⇒どちらの眼ですか (右眼・左眼・両眼)
病名 白内障・緑内障・糖尿病網膜症・その他 (_____)

⑤現在または今までにかかった病気はありますか？

糖尿病 高血圧症 心臓疾患 喘息 脳卒中 花粉症
アトピー性皮膚炎 その他 (_____)

⑥アレルギー反応が出る薬や食べ物はありますか？

ない ある⇒薬品 (_____) 食べ物 (_____)

⑦コンタクトレンズを使用していますか？ はい いいえ

⑧本日はご自身で車やバイクを運転してきましたか？ はい いいえ

⑨【女性のみ】現在妊娠中ですか？(妊娠の可能性を含む) はい (_____ ヶ月) いいえ

⑩当院を何でお知りになりましたか？(まるをつけてください)

・ホームページ・ご紹介 (友人・ご家族・他の医院)・メディあさお・折込チラシ
その他 (_____)