

問 診 票

お手数ですが、ご記入をお願いします。

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

1. このたびはどういうことで来院されましたか？ (複数回答可)

- 1)物が見えにくい 2)目がかゆい 3)目が赤い 4)目やにがでる 5)目が痛い
6)涙がでる 7)目の検診 8)めがね・コンタクトレンズを作りたい
9)学校検診(視力 ・ その他) 10)その他

2. 目の具合が悪いのはどちらですか？

右眼 ・ 左眼 ・ 両眼

3. 上の症状はいつ頃からありますか？

(_____ 日前から、 _____ ヶ月前から、 _____ 年前から)

4. 今までに目の病気をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (病名: _____ 眼科名: _____)

5. 今までにかかったことのある病気がありますか？

(はい ・ いいえ) (高血圧 ・ 糖尿病 ・ 心臓病 ・ 腎臓病 ・ 結核 ・ 喘息 ・ その他)

6. 今現在、かかりつけの病・医院はありますか？

(はい ・ いいえ) (病医院名: _____)

7. 今現在、服用されているお薬がありますか？

(はい ・ いいえ) (お薬名: _____)

8. 今まで手術されたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (いつ: _____ 病名: _____ 病医院名: _____)

9. 今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ ・ わからない) (薬: _____ 食べ物: _____)

10. 家族の中に目の病気をした方がいらっしゃいますか？

(はい ・ いいえ) (病名: _____)

11. 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) 分娩予定日(_____ 年 月 日)