

問 診 票

フリガナ	生年月日
	年 月 日
お名前	男 ・ 女 (歳)
郵便番号	—
ご住所	
電話番号 ()	— 携帯番号 () —

1. 本日はどうされましたか？（下記より選択してください）

いつ頃 () から (右目 ・ 左目 ・ 両目) が
・ 赤い ・ かゆい ・ 目やにが出る ・ コロコロする ・ 腫れている ・ 痛い
・ 涙が出る ・ 乾く ・ かすむ ・ 糸くずが飛んで見える ・ 見えにくい
・ ものが二つに見える ・ 検診 ・ メガネ処方 ・ その他 ()

2. 眼科の通院や手術をされたことはありますか？（あれば下記より選択してください）

・ はやり目 ・ ものもらい ・ 白内障 ・ 緑内障 ・ レーシック
・ その他 ()
・ いつ頃 () どこで () 眼科 / 病院

3. 普段コンタクトをされていますか？ はい ・ いいえ

4. 今日はコンタクトを装用されていますか？ はい ・ いいえ

5. 現在治療中の病気はありますか？（あれば下記より選択してください）

・ 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ 脳疾患 ・ 喘息 ・ 肝臓病 ・ 腎臓病
・ 花粉症 ・ アトピー性皮膚炎 ・ その他 ()

6. 現在使用・内服されているお薬があればご記入ください

使用薬品名 ()

※お薬手帳をお持ちでしたらご提示ください

7. 今までお薬でアレルギーを起こしたことはありますか？

はい (薬品名) ・ いいえ

8. 当院をどの様にしてお知りになりましたか？

・ インターネット ・ 知人の紹介 ・ 近所 ・ 広告 ・ その他 ()

9. （女性の方のみ）現在、妊娠中（可能性あり）または「授乳中」ですか？

・ はい (妊娠中 ・ 授乳中) ・ いいえ ・ わからない

10. 新型コロナウイルス感染症の診断歴もしくは感染兆候はありますか？

・ いいえ ・ 診断された (いつ頃)
・ 現在感染兆候がある (症状 :)
・ 周囲に感染兆候のある方がいる 家庭内 ・ 学校 ・ 職場 ・ その他 ()