

問 診 票

フリガナ	性別	生年月日
お名前	男・女	大・昭・平・令・西暦 (歳) 年 月 日
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） ※コンタクト処方を実施してません
いつ頃 () から (右目 ・ 左目 ・ 両目) が
・赤い ・痛い ・かゆい ・目やに ・腫れ ・乾く ・涙が出る ・コロコロする
・見えにくい ・かすむ ・糸くずが飛んで見える ・ものが二つに見える ・検診を希望
・メガネ処方希望 ・紹介状ある ・市の検診 ・学校検診で要検査 ・人間ドックで要検査
・手術相談（白内障・緑内障・眼瞼下垂・その他） ・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 ・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. 本日お薬手帳をお持ちでしょうか？
ある ⇒ 受付にお薬手帳を提出してください。
ない ⇒ 現在使用・内服されているお薬をご記入ください
使用薬品名 ()
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