

問 診 票

(フリガナ)

氏 名	男 ・ 女	職 業
生年月日 (大正 ・ 昭和 ・ 平成)	年	月 日 ( 歳)
住 所 〒	電 話	
	携帯電話	

- 1 今日どのような症状で来院されましたか？  
いつ頃から？ ( )  右 眼  左 眼  両 眼
- 見えにくい  かすむ  眼が疲れる  黒いものが飛ぶ
- 眼が赤い  眼がかゆい  眼が痛い  めやにが出る
- 涙が出る  ゴロゴロする  メガネ希望  コンタクト希望
- その他 ( )
- 2 今まで、眼科にかかれたことがありますか？  いいえ  
 はい (白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ ものもらい ・ 花粉症 ・ レーシック)
- 3 現在、他の病院等で、治療・投薬を受けていますか？  いいえ  
 はい ( ) 病院 ・ 医院  
(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ ・ アレルギー性鼻炎 ・ その他く )
- 服薬中のお薬名 ( ) \*お薬手帳をお持ちの方はご提出ください
- 4 薬や注射で異常(アレルギーなど)を起こしたことがありますか？  いいえ  
 はい 薬・注射の名前 ( )
- 5 今まで、コンタクトレンズを使用されたことはありますか？  いいえ  
 はい Type (1day ・ 2week ・ 1month ・ hardレンズ) コンタクト歴 ( ) 年  
使用頻度 1週間 ( ) 日 1日 ( ) 時間 定期健診 ・ ( ) ヶ月に1回 ・ 行っていない
- 本日、コンタクトレンズを装着されていますか？  はい  いいえ
- 6 当院をどのようにしてお知りになりましたか？  
 看板を見て  インターネット  知人の紹介 ( ) 様  他医院の紹介
- 7 他に何かお困りな事などございましたら、お書き下さい