

問 診 票

ふりがな _____

〈生年月日〉

お名前 _____ 男・女 (歳) 明・大・昭・平 年 月 日

〒 _____ 住所 _____

電話番号 () _____ 携帯番号 () _____

次の項目に○又は記入をお願いします。

1. 今日はどうされましたか

いつ頃から [_____] 右眼 ・ 左眼 ・ 両眼 が、

- ・見えにくい ・かゆい ・充血 ・目やに ・痛い
- ・乾く ・涙が出る ・コロコロする ・虫がとんで見える
- ・眼鏡処方 ・コンタクト希望 ・検診希望

その他 [_____]

2. 今まで目の病気や手術をしたことがありますか (はい ・ いいえ)

いつ頃: [_____] 病院名: [_____]

どのような病気(手術):

[_____]

3. 現在、目薬を使用していますか (はい ・ いいえ)

どのような目薬: 緑内障 白内障 ドライアイ 結膜炎 その他: [_____]

目薬の名前がわかればご記入下さい:

[_____]

4. メガネ又はコンタクトレンズを使用していますか (はい ・ いいえ)

メガネ 老眼鏡 使い捨て: (1day 1week 2week 1month) ハード

いつ頃から:

[_____]

5. 現在かかっている病気はありますか (はい ・ いいえ)

糖尿病 高血圧 心臓病 喘息 てんかん アトピー

その他:

[_____]

6. 現在、何か飲み薬は飲んでありますか (はい ・ いいえ)

お薬の名前がわかればご記入下さい:

[_____]

7. 今まで薬でアレルギーはありましたか (はい ・ いいえ)

具体的にご記入下さい:

[_____]

8. 女性の方で該当する方はご記入下さい (妊娠中 ・ 授乳中)

9. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか (はい ・ いいえ)