

ふりがな		男・女	生年月日	昭平令	年	月	日
お名前							
ご住所	〒 —						
	ご自宅 ( ) — 携帯番号 —						

## 問診票

● 当院を知ったきっかけは？ (該当するものに○をつけてください)  
 インターネット ・ 看板 ・ 家が近いから ・ セカンドオピニオン  
 知人の紹介(                      さん知人・紹介) その他(                      )

● 本日の来院目的は？ (該当するものに○をつけてください)  
 コンタクトレンズ作成 (ハードレンズ ・ ソフトレンズ ・ 使い捨てレンズ) 眼鏡合わせ  
 治療 精密検査 (視力検査 ・ 眼圧検査 ・ 眼底検査など) その他(                      )

● いつ頃から、どちらの目に、どのような症状がありましたか？  
 (できるだけ詳しく書いてください)  
 いつ頃から.....  
 どちらの目に.....  
 どのような症状ですか.....  
 ご家族や周囲の方などに同様の症状の方はおられますか？  
 ない ・ ある (                      )

● 過去に目の治療や手術を受けられたことはありますか？  
 ない ・ ある (                      )

● 現在治療中の病気やかかったことのある病気はありますか？  
 ない ・ ある (該当するものに○をつけてください)  
 糖尿病 高血圧 心臓病 (心筋梗塞 ・ 狭心症 ・ 不整脈など) アレルギー アトピー 喘息  
 肝臓病 (肝機能障害) 腎臓病 (腎機能障害) 脳梗塞 ・ 脳血栓 その他(                      )

● 今までに薬があわないなどで不具合がでたことはありますか？  
 ない ・ ある (                      )

● 現在妊娠されていますか？  
 いいえ ・ はい (                      週目) ・ 可能性あり ・ 授乳中

● 特定健診の受診歴  
 いいえ ・ はい (いつ頃                      )

● その他、医師に伝えたいことなどがあれば記入してください。  
 (                      )