

問 診 票

記入日 年 月 日

ふりがな お名前 ()	男 女	昭・平・令・西暦 年 月 日 (歳)
ご住所 (〒 -)		
ご自宅 - -	携帯電話 - -	
本日の来院目的は？ (該当するものに○をつけてください) 治療 検査 (視力検査・眼圧検査・眼底検査など) 眼鏡処方 コンタクト処方 セカンドオピニオン 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？ いつ頃から・・・・ どちらの目に・・・・ (両・右・左) 眼 どのような症状・・・・ 充血・かゆみ・めやに・痛い・異物感・涙がでる・かすみ・見にくい その他 ()		
ご家族や周りの方に同じような症状の方はいらっしゃいますか？ ない・ある ()		
過去に目の手術や治療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 (薬・食物) 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 ()		
現在、使用中のお薬はありますか？ ない・ある ()		
今までに薬を飲んで気分が悪くなっ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・可能性あり・授乳中		
特定検診の受診歴 (40歳以上・生活習慣病検査) いいえ・はい (いつ頃)		
当院を何でお知りになりましたか？ (該当するものに○をつけてください) インターネット 看板を見た 家が近いから 紹介 ()		
その他、気になることがありましたらご記入ください。		