

問 診 票

フリガナ			生	大正	年	月	日
氏 名	男 女		年 月 日	昭和			
				平成			
				令和	(	歳	)
住 所	〒 _____						
電 話	(	)	—	携帯電話	—	—	

1) 本日はどのような症状で来院されましたか？

(・ 右 ・ 左 ・ 両) 眼がいつ頃から _____

- ・ 目やにが出る(多・少) ・ 見えにくい ・ 黒い物が飛んだり光ったりする
- ・ 涙がたくさん出る ・ 腫れている ・ 眼が疲れる
- ・ ゴロゴロする ・ かゆい ・ (学校検診 ・ 健康診断) で指摘を受けた
- ・ 赤い ・ 痛い ・ (コンタクト ・ 眼鏡) を作りたい
- ↳ 予約制となっております。
- ・ その他 _____

2) 今までに眼科を受診されたことはありますか？

- ・ あ る 白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ その他 _____
- ・ な い

3) 現在、治療中の病気はありますか？

- ・ あ る 糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ その他 _____
- 病院名 _____
- ・ な い

4) 今までに薬や注射で具合が悪くなったことがありますか？

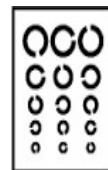
- ・ あ る 薬剤名 _____
- ・ な い

5) 本日コンタクトレンズを装用されていますか？

- ・ は い (・ ソフトレンズ ・ ハードレンズ)
- ・ いいえ

6) 現在、妊娠中あるいは妊娠している可能性がありますか？ (女性の方のみ)

- ・ は い
- ・ いいえ



ご記入お疲れ様でした。お手数ですが受付までお持ち下さい。