

# 問 診 票

フリガナ		生	大正		
氏 名	男 女	年	昭 和	年	月
		日	平 成		日
			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？

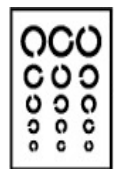
- は い    ( ・ ソフトレンズ      ・ ハードレンズ )      • いいえ

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

7) 特定健診の受診歴

- あ る    ( いつ頃 \_\_\_\_\_ )      • な い



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。