

問 診 票

お手数ですが、ご記入願いますでしょうか。

(フリガナ) -----			
お名前	男 ・ 女	ご職業	
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 ・ 平成 ・ 令和	年	月 日
〒	-		
ご住所			
電話番号	緊急連絡先	続柄 ()	

1.このたびはどういうことで来院されましたか？

- 1) 物が見えにくい 2) 目がかゆい 3) 目が赤い 4) 目やにがでる
5) 目が痛い 6) 涙がでる 7) 目が乾く 8) 物がかすむ
9) 目が疲れる 10) ものが入った 11) コロコロする
12) 物が飛んで見える 13) メガネ・コンタクトレンズを作りたい
14) 検診希望 15) その他

2.上の症状はいつ頃からありますか、またどちらの目ですか？

(日前から、 ヶ月前から、 年前から) (右目 ・ 左目 ・ 両方)
上の症状で、別の病院を受診したことが、(ある ・ ない)

3.今までに目の病気、手術をされたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (いつ: 病名: 病院名:)

4.今までに大きな病気にかかったこと、現在かかっている病気はありますか？

(なし ・ 高血圧、糖尿病、心臓病、腎臓病、結核、喘息、前立腺肥大)
(その他)
(かかりつけ病院名:)

5.今まで眼科以外で手術されたことはありますか？

(はい ・ いいえ) (いつ: 病名: 病院名:)

6.今までに薬や食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか？

(はい ・ いいえ) (はいの場合:種類と症状)

7.普段、コンタクトレンズを使用されていますか？ (はい ・ いいえ)

8.現在、飲んでいるお薬がありますか？ (はい ・ いいえ)

本日お薬手帳をお持ちですか？ (はい ・ いいえ)

9.女性の方のみ、お答えください。

現在、妊娠していますか？ (はい ・ いいえ) (週目)

10. 当院までの本日の交通手段をお教えいただけますか？

(バス ・ タクシー ・ 自家用車 ・ バイク ・ 自転車 ・ 徒歩 ・ 送迎 ・ その他)

どうもありがとうございました。