

問 診 票

(フリガナ)

氏名 _____ 男 ・ 女 職業 _____

生年月日(大正・昭和・平成) _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

住所 〒 _____

電話 _____ 携帯 _____

1. 今日はどうのような症状で来院されましたか？

いつ頃から (_____) 右 眼 左 眼 両 眼

眼が赤い 眼がかゆい 眼が痛い めやにが出る

眼が乾く 腫れている 涙が出る ゴロゴロする

かすむ 眼が疲れる 黒いものが飛ぶ ゆがんでみえる

見えにくい メガネ希望 コンタクト希望

その他お困りのこと(_____)

2. 今まで、眼科にかかられたことがありますか？ いいえ

はい (白内障 ・ 緑内障 ・ 結膜炎 ・ ものもらい ・ 花粉症 ・ レーシック)

3. 現在、他の病院等で、治療・投薬を受けていますか？ いいえ

はい (_____) 病院 ・ 医院

(糖尿病 ・ 高血圧 ・ 心臓病 ・ ぜんそく ・ リウマチ ・ アレルギー性鼻炎)

その他 < _____ >

服薬中のお薬名 (_____) ※お薬手帳をお持ちの方はご提出ください

4. 薬や注射で異常(アレルギーなど)を起こしたことはありますか？ いいえ

はい 薬・注射の名前(_____)

5. 今まで、コンタクトレンズを使用されたことはありますか？ いいえ

はい Type (1day ・ 2week ・ 1month ・ hard レンズ) コンタクト歴(_____)年

本日、コンタクトレンズを装着されていますか？ はい いいえ

6. 当院をどのようにしてお知りになりましたか？

看板を見て インターネット 知人の紹介 他医院の紹介

7. 車・バイク・自転車を運転して来院されましたか？ はい いいえ

8. 女性の方で該当する方はご記入下さい (妊娠中 ・ 授乳中)