

# 問 診 票

フリガナ		職業
氏 名		男 性 ・ 女 性
生年月日(大正・昭和・平成・令和)	年 月 日	( 歳)
住所〒		
電話	携帯	

## 1. 今日ど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     学校検診  
 その他お困りのこと( )

## 2. 今まで、眼科にかか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、治療中の病気はありますか？ いいえ

- はい ( ) 病院 ・ 医院
- 病名 ( )
- 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 )