

問 診 票

| | |
|-----------------------------|------------|
| ふりがな | ご職業 |
| お名前 | 性別 男 ・ 女 |
| 生年月日 明治・大正・昭和・平成 年 月 日 (歳) | |
| 郵便番号 〒 - | |
| 住 所 | 電話番号 () - |
| | 携帯番号 () - |

1. どちらの目の具合が悪いですか？ 右眼 左眼 両眼
症状はいつからですか？ ()

- めやにが出る 眼が赤い ゴロゴロする 眼が痛い 見えにくい
黒いものが飛ぶ 眼がかゆい 眼が疲れる 涙がかわく なみだが出る
学校・保育園検診 メガネ希望 コンタクトレンズ購入
眼科検診 その他 ()

2. 今までに眼の病気をされたことがありますか？

- はい (白内障・緑内障・網膜疾患・ものもらい・結膜炎・花粉症・その他)
(手術歴：白内障・緑内障・網膜疾患・レーシック・その他 ____ ・いつ頃 ____)
いいえ

3. アレルギー体質や薬で異常を起こしたことがありますか？

- はい アレルギー・薬の名前 () いいえ

4. 普段お使いのメガネまたはコンタクトレンズはありますか？

- メガネ 遠用 近用 遠近両用 いいえ
コンタクトレンズ 使い捨て ハード ソフト コンタクトの名前 ()

5. 現在妊娠中、あるいは妊娠している可能性はありますか？(女性の方のみ)

- はい いいえ

6. 眼科以外のご病気で過去にかかれた、または現在治療中のものはありますか？

- はい (糖尿病・高血圧・脳卒中・心臓病・不整脈・ぜんそく・腎臓疾患・その他)
いいえ

7. 当院を何でお知りになりましたか？

- 他院の紹介 (医療機関名：) 知人の紹介 (お名前：)
ホームページ ・ 地下鉄看板 ・ 自宅から近い ・ 通りがかり ・ その他 ()

8. ほかに何かお困りの事などございましたら、お書きください。

| |
|--|
| |
|--|