

# 問診票

平成 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 才
お名前		性別	男 ・ 女
		ご住所	〒
ご住所		電話	- -
		携帯	- -

1. どうされましたか？ 右眼・ 左眼・ 両眼  
見えづらい かすむ 痛い かゆい 赤い めやにが出る  
ごろごろする まぶしい はれている 黒いものが見える 眼が疲れる  
眼鏡処方希望 コンタクトレンズ処方希望 手術を希望  
その他
2. その症状は、いつ頃からですか？  
日前から ヶ月前から 年前から
3. 今まで目の病気にかかったことはありますか？  
いいえ はい ⇒ どのような病気ですか？  
いつ頃？
4. 特異体質・アレルギーはありますか？  
いいえ はい ⇒ ぜんそく 花粉症 アトピー その他
5. 今までに薬・注射などで具合が悪くなったことはありますか？  
いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？  
どうなりましたか？
6. 今までにかかった（現在かかっている）病気はありますか？  
高血圧 糖尿病 心臓病 腎臓病 その他
7. 現在飲んでいる薬はありますか？  
いいえ はい ⇒ どのような薬ですか？
8. 女性の方にかがいます  
妊娠していますか？ いいえ はい ヶ月 わからない  
現在授乳中ですか？ いいえ はい
9. 当院を受診されたきっかけを教えてください  
医師の紹介 知人の紹介 看板を見て ホームページを見て  
その他